

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

« 09 » сентября 20 21 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.1 «Стоматология хирургическая»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.74 «Стоматология хирургическая»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой,
д.м.н. профессор

(должность, ученое звание, степень)

Доцент кафедры, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

И.В. Орлова

(расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
стоматологии;

стоматологии детского возраста и ортодонтии

название кафедры

« 31 » 08

2021 г., протокол заседания № 1

стоматологии;

Заведующий кафедрой

стоматологии детского возраста и ортодонтии

название кафедры

Д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.74 «Стоматология хирургическая»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б.1Б.1.1 Организация хирургической стоматологии и челюстно –лицевой хирургии.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б.1Б.1.2 Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой локализации.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
3.	Б.1Б.1.3 Военная стоматология. Неогнестрельные и огнестрельные повреждения, ожоги, отморожения, лучевые поражения челюстно-лицевой области.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
4.	Б.1Б.1.4 Опухоли и опухолеподобные образования челюстно – лицевой области.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Б.1.Б.1 «Стоматология хирургическая»

Индекс компетенции, содержание, этапы формирования.	в результате изучения дисциплины ординатор должен		
	Знать	Уметь	Владеть
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	Методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания, их эволюцию.	Излагать самостоятельно точку зрения, анализировать и логически мыслить, словестно оформлять публичное выступление, аргументировать, вести дискуссии.	Соотношение мнения, веры, понимания, интерпретации и знания. Рациональное и эмпирическое познание. Иррациональное познание: интуиция в медицине. Отражение мира в сознании как познание.

<p>ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>Основные закономерности развития и жизнедеятельности организма человека, гистофункциональные особенности тканевых элементов, методы их исследования. Анатомо-физиологические, возрастнополовые и индивидуальные особенности строения и развития организма человека, функциональные системы организма человека, их регуляция и саморегуляция при воздействии с внешней средой в норме и при патологических процессах.</p>	<p>Пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности. Пользоваться лабораторным оборудованием. Проводить статистическую обработку экспериментальных данных. Обосновать необходимость клинико-иммунологического обследования больного.</p>	<p>Базовыми технологиями преобразования информации Методами изучения наследственности (цитологический, генеалогический, близнецовый). Основами врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию врачебной помощи. Основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике патологических процессов.</p>
<p>ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами стоматологической патологией</p>	<p>Проблемы медикосанитарной и стоматологической помощи лицам, связанные с профредностями; осуществление специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний; принципы диспансерного стоматологического наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения.</p>	<p>Уметь анализировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи.</p>	<p>Оценками состояния стоматологического здоровья населения различных возрастно-половых групп. Алгоритмом постановки предварительного диагноза, при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование к врачам-специалистам.</p>
<p>ПК-5 готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной формеклинических проявления основных синдромов, требующих терапевтического лечения; особенности оказания медицинской помощи при неотложных состояниях.</p>	<p>Интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; Сформулировать клинический диагноз. вести медицинскую документацию различного характера в стоматологических амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.</p>	<p>Алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам и при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным.</p>

<p>ПК-6 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы</p>	<p>Основы страховой медицины в Российской Федерации, структуру современной системы здравоохранения Российской Федерации; особенности работы врача-стоматолога при заключении договоров на оказание медицинских услуг в рамках программ обязательного и добровольного медицинского страхования с пациентами, с любыми предприятиями, учреждениями, страховыми компаниями в установленном порядке.</p>	<p>Анализировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи, состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи; вести медицинскую документацию различного характера в стоматологических амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.</p>	<p>Методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях; Правовыми основами по проведению экспертизы временной нетрудоспособности участие в иных видах медицинской экспертизы.</p>
<p>ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической помощи</p>	<p>Методы диагностики, лечения и профилактики хирургических заболеваний у детей. Общую характеристику и особенности течения мультифакториальных болезней; принципы классификации патологии человека с ортодонтологической точки зрения.</p>	<p>Установить предварительный диагноз и провести дифференциальную диагностику; клинику наиболее распространенных мультифакториальных болезней;</p>	<p>Новейшими методами исследования, применяемыми в хирургической стоматологии. Знаниями о современных материалах, применяемых в хирургической стоматологии. Современными методами лечения.</p>
<p>ПК-9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>Основные физические явления и закономерности, лежащие в основе процессов, протекающих в организме человека; характеристики воздействия физических факторов на организм; физические основы функций. мед. аппаратуры; правила использования ионизирующего облучения и риски, связанные с их воздействием на биологические ткани; методы защиты и снижения дозы воздействия; принципы, лежащие в основе стомат. радиологии.</p>	<p>Пользоваться физиотерапевтическим оборудованием; работать с увеличительной техникой при изучении физики, химии, биологии; работать с увеличительной техникой; проводить статистическую обработку экспериментальных данных; анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для стоматологического лечения больных;</p>	<p>Медицинским и стоматологическим инструментарием; основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике различных стоматологических заболеваний и патологических процессов. Методами реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии.</p>
<p>ПСК-8 Способность применять современные гигиенические методики сбора и статистического анализа информации о показателях</p>	<p>Гигиену детей и подростков, организацию проведения профилактических мероприятий. Гигиенические аспекты</p>	<p>Использовать методы соответствующих химических средств и фармацевтических препаратов для контроля зубного налета; назначения</p>	<p>Методами диспансеризации в стоматологии у детей и взрослых. Методами организации первичной</p>

здоровья (взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций) в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения.	ортопедического лечения.	питания с позиции здоровья полости рта; Определять окклюзию, биомеханику зубочелюстной системы, изучить гнатологию;	профилактики стоматологических заболеваний в любой возрастной группе, формирования мотивации к поддержанию стоматологического здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек, влияющих на состояние полости рта; определением стомат. индексов;
ПСК-9 Способность и готовность использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в появлении хирургических болезней.	Основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья различных групп населения; комплексную взаимосвязь между стоматологическим здоровьем, питанием, общим здоровьем, заболеваниями, применением лекарственных препаратов.	Анализировать и оценивать качество медицинской, хирургической помощи, состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи.	Методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в ортопедическом отделении; оценками состояния стоматологического здоровья населения различных возрастно-половых групп.

1-семестр

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	УК-1	1-1000	1-130	1-15	1-30
2.	ПК-1	1-1000	1-130	1-15	1-30
3.	ПК-2	1-300	10-20	1-15	1-30
4	ПК-5	1-210	14-30	1-15	1-30
5.	ПК-6	1-10	46-56	1-15	1-30
6	ПК-7	21-30	13-35	1-15	1-30
8	ПК-8	67-89	101-122	1-15	1-30
9	ПК-9	21-30	13-35	1-15	1-30

2-семестр

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	УК-1	1-1000	1-130	1-15	1-30
2.	ПК-1	1-1000	1-130	1-15	1-30
3.	ПК-2	1-300	10-20	1-15	1-30

4	ПК-5	1-210	14-30	1-15	1-30
5.	ПК-6	1-10	46-56	1-15	1-30
6	ПК-7	21-30	13-35	1-15	1-30
8	ПК-8	67-89	101-122	1-15	1-30
9	ПК-9	21-30	13-35	1-15	1-30

3-семестр

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-1000	1-130	1-15	1-30
2.	ПК-1	1-1000	1-130	1-15	1-30
3.	ПК-2	1-300	10-20	1-15	1-30
4	ПК-5	1-210	14-30	1-15	1-30
5.	ПК-6	1-10	46-56	1-15	1-30
6	ПК-7	21-30	13-35	1-15	1-30
8	ПК-8	67-89	101-122	1-15	1-30
9	ПК-9	21-30	13-35	1-15	1-30

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины Б.1.Б.1 «Стоматология хирургическая»

Вопросы для устного собеседования

Организация хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

1. Анатомические особенности строения и иннервации челюстно-лицевой области. Анатомические особенности верхней и нижней челюсти, связанные с обезболиванием.
2. Особенности обследования хирургического стоматологического больного. Обследование больных с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области. Жалобы. Анамнез заболевания. Анамнез жизни: наследственность, перенесенных и сопутствующие заболевания, вредные привычки (употребление алкогольных напитков, курение), аллергологический анамнез. Местный статус: осмотр, пальпация, перкуссия.
3. Исследование функции двигательных и чувствительных нервов. Обследование слюнных желез, ВНЧС, регионарных лимфатических узлов лица и шеи.
Определение характера и величины дефектов и деформаций тканей органов лица и полости рта, состояния окружающих тканей. Оценка степени анатомических, функциональных и эстетических нарушений.
4. Объективные методы исследования и применения современной диагностической аппаратуры. Рентгенологические: рентгенография, томография, панорамная рентгенография и пантомография, магнито-ядерно-резонансная и компьютерная томография. Применение искусственного контрастирования.
5. Морфологические методы: цитологическое исследование отпечатков, пункционного материала. Биопсия пункционная и эксцизионная, экспресс-биопсия; гистологическое исследование материала.

6. Методы функциональной диагностики: электроодонтометрия, реография, полярография, электромиография. Радиоизотопная, ультразвуковая диагностика.
7. Показания к лечению стоматологических больных и пострадавших в условиях поликлиники и стационара, подготовка их к госпитализации.
8. Цель и задачи обезболивания в стоматологии. Оценка основных компонентов болевой реакции пациента: сенсорный, психоэмоциональный, вегетативный, психомоторный.
9. Клинико-фармакологическая характеристика местно-анестезирующих препаратов, используемых в стоматологии. Применение сосудосуживающих средств при местной анестезии (показания, противопоказания).
10. Назовите виды обезболивания, используемые в стоматологии.
11. Назовите виды общего обезболивания, используемые в стоматологии. Перечислите показания к использованию общего обезболивания в стоматологии. Методы наркоза: масочный, назофарингеальный, эндотрахеальный, внутривенный. Посленаркозный период.
12. Назовите виды местного обезболивания, используемые в стоматологии. Перечислите показания к использованию местного обезболивания в стоматологии.
13. Какие формы лекарственных средств, используемых для аппликационной анестезии, вы знаете?
14. Назовите виды инфильтрационной анестезии.
15. Расскажите о препаратах, используемых для инфильтрационной анестезии.
16. Назовите препараты группы сложных эфиров. Назовите препараты группы амидов.
17. Какова цель использования вазоконстрикторов. Назовите их. Какой должна быть концентрация вазоконстрикторов, используемых для местной анестезии?
18. Перечислите инструменты, используемые для проведения анестезий, и методы их обработки.
19. Расскажите о методике проведения подслизистой, поднадкостничной, интрасептальной, интралигаментарной анестезий.
20. Назовите неинъекционные (аппликационная, электроаналгезия) способы местной анестезии. Показания и методы проведения неинъекционной местной анестезии на верхней челюсти?
21. Перечислите отличительные особенности прямой и непрямой инфильтрационной анестезии верхней челюсти. В чем заключаются особенности инфильтрационной анестезии на верхней челюсти.
22. Показания, техника и зона обезболивания при проведении туберальной анестезии.
23. Показания и метод проведения анестезии у большого небного отверстия. Обозначьте зону обезболивания при проведении резцовой анестезии.
24. Показания и метод проведения анестезии у резцового отверстия. Обозначьте зону обезболивания при проведении резцовой анестезии.
25. Назовите ветви нерва, которые выключаются при мандибулярной анестезии. Показания и методика ее проведения.
26. Назовите ветви нерва, которые выключаются при инфраорбитальной анестезии. Показания и методика ее проведения.
27. Особенности инфильтрационного обезболивания инъекторами и карпульными анестетиками, показания и противопоказания к их применению.
28. Стволовая: (региональная) анестезия у овального и круглого отверстия.
29. Операция удаления зуба. Показания и противопоказания. Этапы операции удаления зуба.
30. Методика удаления зубов на нижней челюсти. Инструменты.
31. Методика удаления зубов на верхней челюсти. Инструменты.
32. Методика удаления корней на верхней и нижней челюстях. Инструменты.
33. Операции при затрудненном прорезывании третьего моляра.
34. Особенности операции удаления зуба у лиц с сопутствующими заболеваниями.

35. Особенности операции удаления ретинированных и дистопированных зубов.
36. Местные осложнения, возникающие во время операции удаления зуба. Профилактика и устранение осложнений, возникающих после удаления зуба.
37. Альвеолит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.

Инфекционные воспалительные заболевания челюстно – лицевой локализации.

1. Этиология, патогенез воспалительных заболеваний ЧЛЮ.
2. Периодонтиты. Этиология, патогенез, классификация, методы диагностики.
3. Острый гнойный периодонтит, обострение хронического периодонтита. клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Хронический периодонтит. Клиника, диагностика, морфологическая картина, дифференциальная диагностика различных форм.
5. Ампутация корня. Показания и противопоказания к ампутации. Техника выполнения, осложнения.
6. Коронорадикулярная сепарация. Показания, техника выполнения.
7. Гемисекция. Показания, техника выполнения.
8. Резекция верхушки корня. Показания, подготовка зуба к операции, техника выполнения.
9. Операция реплантации зуба. Показания, противопоказания. Подготовка, этапы операции, осложнения.
10. Ошибки и осложнения оперативного лечения хронических периодонтитов, их профилактика.
11. Острый одонтогенный периостит челюстей. Клиника, диагностика, лечение.
12. Тактика хирурга по отношению к "причинному зубу" при остром периостите. Особенности периостотомии на вестибулярной, язычной, небной поверхностях.
13. Одонтогенный абсцесс твердого неба. Клиника, диагностика, особенности хирургического лечения.
14. Острая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиника, диагностика, особенности течения на нижней челюсти.
15. Подострая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.
16. Хронический остеомиелит челюстей. Классификация, клиника и рентгенологическая картина различных форм хронического остеомиелита.
17. Лечение хронического остеомиелита челюстей. Особенности хирургического вмешательства на верхней и нижней челюсти.
18. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, острого периостита, острого остеомиелита челюстей.
19. Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика.
20. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит. Клиника, диагностика, особенности лечения.
21. Показания к оперативному лечению при хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситах. Техника оперативного лечения.
22. Методы консервативного и оперативного лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита.
23. Острый одонтогенный лимфаденит. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
24. Хронический лимфаденит. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
25. Дифференциальная диагностика специфических и неспецифических лимфаденитов.
26. Фурункул, карбункул лица. Клиника, диагностика, лечение.

27. Рожистое воспаление лица. Клиника, диагностика, лечение. Предрасполагающие факторы для развития заболевания, классификация, клиника, дифференциальная диагностика.
28. Нома. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, прогноз.
29. Определение понятия "одонтогенной инфекции". Взаимосвязь одонтогенной инфекции с общей патологией.
30. Состояние неспецифической иммунологической реактивности у больных с острой одонтогенной воспалительной патологией. Три иммунологических варианта развития воспалительных заболеваний.
31. Пути распространения инфекции при абсцессах и флегмонах ЧЛЮ одонтогенного происхождения.
32. Флегмона височной области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, этиология, клиника, диагностика, лечение, осложнения.
33. Флегмона височной области. Топографическая анатомия, клиника, особенности проведения разрезов, пути распространения инфекции.
34. Абсцесс и флегмона глазницы. Топографическая анатомия, пути проникновения и распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.
35. Одонтогенные абсцессы и флегмоны подглазничной области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.
36. Одонтогенные абсцессы и флегмоны скуловой области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.
37. Одонтогенные абсцессы и флегмоны позадищелюстной области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.
38. Флегмона подвисочной и крыло-небной ямок. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение, осложнения.
39. Одонтогенные абсцессы и флегмоны крыловидночелюстного пространства. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение, оперативный доступ к очагу.
40. Одонтогенные абсцесс и флегмона поднижнечелюстной области. Топографическая анатомия поднижнечелюстного треугольника, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение. Осложнения.
41. Одонтогенные абсцессы и флегмоны подъязычной области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.
42. Одонтогенные абсцесс челюстно-язычного желобка. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение. Дифференциальная диагностика.
43. Абсцесс и флегмона языка. Топографическая анатомия клетчаточных пространств языка, пути распространения инфекции
44. Одонтогенные абсцесс и флегмона подподбородочной области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.
45. Одонтогенные абсцесс и флегмона околоушно-жевательной области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ к гнойному очагу.
46. Абсцесс и флегмона щечной области. Топографическая анатомия. Пути проникновения и распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.
47. Флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение. Осложнения.
48. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта (ангина Людвига). Причины возникновения. Клиника, диагностика. Особенности лечения.

49. Флегмона окологлоточного пространства. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
50. Общие принципы лечения флегмон лица и шеи. Методы консервативной терапии.
51. Лечение острой одонтогенной инфекции. Принципы этиотропной терапии. Выбор антибактериальных препаратов.
52. Методы экстракорпоральной детоксикации, используемые при воспалительных заболеваниях ЧЛЮ, показания к применению.
53. Общие принципы хирургического лечения абсцессов и флегмон лица и шеи. Особенности проведения разрезов при вскрытии абсцессов и флегмон ЧЛЮ.
54. Одонтогенный медиастенит. Причины возникновения, клиника, диагностика, лечение, пути профилактики.
55. Флебит лицевых вен. Клинические проявления, диагностика, лечение. Осложнения.
56. Особенности строения вен лица. Флебит лицевых вен: этиология, клиника, лечение, пути профилактики.
57. Осложнения острой одонтогенной инфекции. Тромбоз пещеристого синуса. Внутричерепные осложнения.
58. Осложнения воспалительных заболеваний ЧЛЮ. Сепсис. Клиника, диагностика, лечение. Септический шок.
59. Внутричерепные осложнения одонтогенной инфекции тканей ЧЛЮ. Этиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
60. Менингеальные осложнения абсцессов и флегмон лица и шеи. Клиника, диагностика, лечение.

Военная стоматология. Неогнестрельные и огнестрельные повреждения, ожоги, отморожения, лучевые поражения челюстно-лицевой области.

1. Неогнестрельные повреждения. Повреждения мягких тканей. Ушиб лица. Раны лица.
2. Повреждения зубов. Вывихи и переломы зубов. Перелом альвеолярного отростка. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
3. Вывихи нижней челюсти. Лечение вывихов и переломов зубов. Методы иммобилизации.
4. Неогнестрельные повреждения костей лица. Травма костей лица. Ушибы и переломы костей лица.
5. Переломы по типу “зеленой ветки”, поднадкостничные переломы.
6. Методы фиксации костных отломков. Отрпедические методы иммобилизации костных отломков. Сроки заживления переломов.
7. Методы остеосинтеза. Техники операции. Скрепление отломков челюсти с помощью костного шва. Варианты остеосинтеза. Оперативные методы закрепления отломков нижней челюсти. Фиксация надкостная и внутрикостная.
8. Методы иммобилизации. Хирургические методы иммобилизации отломков челюстей.
9. Заживление переломов челюстей и сроки снятия шин и аппаратов. Осложнения при повреждении челюстно-лицевой области. Травматический остеомиелит челюстей.
10. Переломы верхней челюсти. Уровни переломов верхней челюсти. Варианты переломов верхней челюсти по Вассмунду.
11. Транспортная иммобилизация. Лечебная иммобилизация. Принципы общей терапии и больных с переломами челюстей. Питание больных.
12. Переломы скуловой кости и дуги. Методы репозиции. Переломы костей носа.
13. Осложнения травмы ЧЛЮ. Ранние осложнения. Поздние осложнения. Травматический гайморит.
14. Огнестрельные повреждения ЧЛЮ. Характеристика огнестрельной раны по Ю.Г. Шапошникову.

15. Основные группы раненых. Классификация повреждений ЧЛО.
16. Повреждения анатомической области. Особенности огнестрельных ранений и повреждений лица и челюстей. Симптоматология и диагностика.
17. Классификация ранений мягких тканей лица. Особенности огнестрельных ранений ЧЛО. Ранение мягких тканей лица.
18. Огнестрельные переломы костей лица. Переломы верхней челюсти. Виды огнестрельных переломов верхней челюсти и направления раневых каналов. Виды и объём медицинской помощи раненым в ЧЛО.
19. Объём хирургической стоматологической помощи. Доврачебная помощь, первая врачебная помощь и квалифицированная медицинская помощь. Специализированная медицинская помощь.
20. Особенности лечения огнестрельных переломов костей лица. Уход за ранеными в лицо и профилактика осложнений.
21. Огнестрельный остеомиелит челюстей. Кровотечения, асфиксия.
22. Ожоги и отморожения лица, шеи и полости рта. Анатомия кожи лица и шеи.
23. Классификация ожогов. Клиническая картина. Лечение ожогов. Местное лечение. Хирургическое лечение. Электроожоги. Химические ожоги.
24. Отморожения. Радиационные повреждения лица и шеи. Периоды лучевой болезни.
25. Военно-врачебная экспертиза при челюстно-лицевых ранениях.

Опухоли и опухолеподобные образования челюстно – лицевой области.

1. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей и слизистой оболочки полости рта, лица и шеи. Международная классификация опухолей.
2. Папиллома и папилломатоз. Фиброма. Фиброматоз десен. Липома. «Жирная шея» Маделунга. Миома. Сосудистые опухоли. Гемангиома. Системный гемангиоз. Лимфангиома.
3. Гистологическая классификация. Опухоли слюнных желез. Аденома Аденолимфома. Плеоморфная аденома.
4. Доброкачественные опухоли лицевого скелета. Классификация доброкачественных опухолей и опухолеподобных процессов лицевого скелета у детей.
5. Опухолеподобные образования и диспластические процессы.
6. Злокачественные эпителиальные опухоли полости рта и челюстей. Злокачественные опухоли челюстей неэпителиальной природы. Клиническая классификация TNM.
7. Лучевые повреждения челюстно – лицевой области у онкологических больных. Профилактика и лечение местных лучевых осложнений челюстно-лицевой области.

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

Тестовые задания

1. В определение общественного здоровья, принятое в ВОЗ, входят элементы:
 - а) физическое, социальное и психологическое благополучие;
 - б) возможность трудовой деятельности;
 - в) наличие или отсутствие болезней;
 - г) наличие благоустроенного жилища;
 - д) полноценное питание.
2. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят:
 - а) перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС;
 - б) стоимость различных видов медицинской помощи;
 - в) организация добровольного медицинского страхования;
 - г) виды платных медицинских услуг;
 - д) дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста.
3. Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются документы
 - а) диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) заведения;
 - б) сертификат;
 - в) лицензия;
 - г) свидетельство об окончании курсов;
 - д) запись в трудовой книжке.
4. Основную ответственность за клинический диагноз несет:
 - а) зубной техник;
 - б) помощник стоматолога (сестра);
 - в) помощник стоматолога, получивший сертификат;
 - г) врач-стоматолог;
 - д) главный врач стоматологической поликлиники.
5. Избавляет от возможных необоснованных обвинений в адрес врача после проведенного не совсем удачного лечения:
 - а) только тщательная запись выполненных манипуляций.
 - б) запись предписаний;
 - в) сниженный прейскурант;
 - г) запись обращений к специалистам.
 - д) запись полного анамнеза и тщательная запись выполненных манипуляций.
6. Стоматологическая заболеваемость в детской стоматологии изучается с целью: 1) определения структуры стоматологической заболеваемости; 2) определения уровня оказания стоматологической помощи детям; 3) получения объективных данных для оценки эффективности оздоровительных программ; 4) определения потребности в стоматологической помощи; 5) определения потребности в стоматологических кадрах. Выберите правильный ответ по схеме:
 - а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.
7. Очистку, обработку и стерилизацию стоматологических наконечников следует проводить:
 - а) обязательная стерилизация;
 - б) достаточно дезинфекции;
 - в) необходима предстерилизационная подготовка с последующей дезинфекцией;
 - г) обязательна дезинфекция и стерилизация;
 - д) стерилизация с предварительной предстерилизационной подготовкой.
8. Формируя диспансерные группы у стоматолога необходимо учитывать: 1) форму активности кариеса; 2) уровень соматического и стоматологического здоровья; 3) факторы риска возникновения заболеваний; 4) факторы риска утяжеления патологии; 5) уровень стоматологического здоровья. Выберите правильный ответ по схеме:
 - а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.
9. Главным показателем для оценки эффективности работы врача, проводящего индивидуальную профилактику, является:
 - а) снижение нуждаемости в лечении;

- б) уменьшение количества осложнений;
- в) уменьшение среднего показателя интенсивности кариеса;
- г) увеличение охвата санацией;
- д) уровень стоматологического здоровья ребенка.

10. Общественное здоровье характеризуют показатели:

- а) трудовая активность населения;
- б) заболеваемость;
- в) инвалидность;
- г) демографические показатели;
- д) физическое развитие населения.

11. Основными задачами поликлиники являются:

- а) медицинская помощь больным на дому;
- б) лечебно-диагностическое обслуживание населения;
- в) организация работы по пропаганде здорового образа жизни;
- г) профилактическая работа;
- д) экспертиза временной нетрудоспособности.

12. Организация мер по сокращению затраты времени пациентов на посещение поликлиники включает:

- а) анализ интенсивности потока больных по времени;
- б) нормирование деятельности врачей;
- в) правильную организацию графика приема врачей;
- г) четкую работу регистратуры;
- д) дисциплину персонала.

13. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят:

- а) перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС;
- б) стоимость различных видов медицинской помощи;
- в) организация добровольного медицинского страхования;
- г) виды платных медицинских услуг;
- д) дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста.

14. Квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам из среднего медицинского (фармацевтического) персонала действительна:

- а) 5 лет;
- б) 3 года;
- в) 7 лет;
- г) 1 год;
- д) 6 лет.

15. К показателям, определяющим эффективность диспансеризации, относятся: 1) среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении (ДН); 2) показатель систематичности наблюдения; 3) показатель частоты рецидивов; 4) полнота охвата ДН; 5) заболеваемость с временной утратой трудоспособности у состоящих на ДН. Выберите правильный ответ по схеме:

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

16. Регион с КПУ=3,0 у детей 12 лет, по данным ВОЗ, можно отнести к зоне интенсивности кариеса зубов:

- а) очень низкой;
- б) низкой;
- в) умеренной;
- г) высокой;
- д) очень высокой.

17. Осматривать ребенка раннего возраста, имеющего здоровую полость рта и «факторы риска» возникновения стоматологических заболеваний, следует:

- а) один раз в год;
- б) 2 раза в год;
- в) по показаниям, но не реже 2 раз в год;
- г) 3 раза в год;
- д) 4 раза в год.

18. Ребенка дошкольного возраста, имеющего здоровую полость рта, следует осматривать в год:

- а) 1 раз;
- б) 2 раза;
- в) 3 раза;

- г) по показаниям, но не реже 1 раза;
- д) 4 раза.

19. Ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития твердых тканей зубов, осложненный и сочетающийся с кариесом следует осматривать в год:

- а) 1 раз;
- б) 2 раза;
- в) 3 раза;
- г) по индивидуальным показаниям;
- д) с учетом формы активности кариеса.

20. Главным показателем для оценки эффективности работы врача, проводящего индивидуальную профилактику, является:

- а) снижение нуждаемости в лечении;
- б) уменьшение количества осложнений;
- в) уменьшение среднего показателя интенсивности кариеса;
- г) увеличение охвата санацией;
- д) уровень стоматологического здоровья ребенка.

21. Туберкулезную инфекцию можно получить:

- а) если пить молоко от инфицированных коров;
- б) контактировать с инфицированными людьми;
- в) вдыхать аэрозоль при кашле;
- г) контактировать с инфицированными инструментами;
- д) верно все перечисленное.

22. Наиболее устойчивы к кипячению при 100°C в течение 10 мин:

- а) микобактерии туберкулеза;
- б) протей;
- в) вирус гепатита;
- г) стафилококк;
- д) гонококк.

23. Минимальная площадь помещения для расположения стоматологического кресла:

- а) 10 кв.м.;
- б) 12 кв.м.;
- в) 14 кв.м.;
- г) 16 кв.м.;
- д) 18 кв.м.

24. Стены кабинета для амбулаторного хирургического приема должны быть покрыты:

- а) побелкой;
- б) водно-дисперсионной краской;
- в) обоями;
- г) стеклообоями;
- д) керамической плиткой.

25. Время действия сертификата специалиста-стоматолога:

- а) 1 год;
- б) 3 года;
- в) 5 лет;
- г) 7 лет;
- д) 9 лет.

26. Основанием для допуска к экзамену на получения сертификата по специальности "стоматология" являются следующие документы: 1) свидетельство о прохождении краткосрочных курсов; 2) свидетельство о прохождении тематических курсов; 3) свидетельство о прохождении усовершенствования не менее 1 мес.; 4) свидетельство об окончании ординатуры; 5) свидетельство об окончании интернатуры. Выберите правильный ответ по схеме:

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

27. Противопоказание для резекции верхушки корня зуба:

- а) обострение хронического периодонтита;
- б) хронический гранулирующий периодонтит;
- в) хронический гранулематозный периодонтит;
- г) хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени;

- д) кистогранулема.
28. Показание к гемисекции зуба:
- а) острый гнойный пульпит;
 - б) острый гнойный периодонтит;
 - в) острый серозный периодонтит;
 - г) хронический периодонтит однокорневого зуба;
 - д) хронический периодонтит двухкорневого зуба.
29. Противопоказание к реплантации зуба:
- а) острый периодонтит;
 - б) хронический гранулирующий периодонтит;
 - в) хронический гранулематозный периодонтит;
 - г) хронический периодонтит в стадии обострения;
 - д) хронический остеомиелит.
30. Показание к операции ампутиация корня:
- а) острый гнойный пульпит;
 - б) хронический гангренозный пульпит;
 - в) хронический гранулирующий периодонтит;
 - г) хронический одонтогенный гайморит;
 - д) хронический одонтогенный остеомиелит.
31. Абсолютное показание к удалению "причинного" зуба:
- а) острый гнойный пульпит;
 - б) хронический гангренозный пульпит;
 - в) хронический гранулирующий периодонтит;
 - г) хронический гранулематозный периодонтит;
 - д) хронический одонтогенный остеомиелит.
32. Показание к удалению зуба при пародонтите:
- а) подвижность зуба 1 степени;
 - б) подвижность зуба 2 степени;
 - в) наличие пародонтального кармана до середины длины корня зуба;
 - г) подвижность зуба, стоящего вне зубной дуги 2-3 степени;
 - д) развитие ретроградного пульпита.
33. При перекороните нижних восьмых зубов показано:
- а) удаление зуба;
 - б) иссечение «капюшона»;
 - в) блокада с антибиотиком;
 - г) промывание кармана раствором антисептиков;
 - д) промывание кармана раствором протеолитических ферментов.
34. Удаление постоянного зуба при сменном прикусе показано при диагнозе:
- а) острый гнойный пульпит;
 - б) хронический гангренозный пульпит;
 - в) хронический гранулирующий периодонтит;
 - г) хронический одонтогенный гайморит;
 - д) хронический одонтогенный остеомиелит;
35. При остром гнойном периостите показано:
- а) проведение разреза до кости;
 - б) назначение согревающих компрессов;
 - в) назначение противовоспалительных препаратов;
 - г) назначение сульфаниламидных препаратов;
 - д) проведение блокады с антибиотиком.
36. Тактика при перфорации дна интактной гайморовой пазухи во время удаления зуба:
- а) тугая тампонада лунки;
 - б) рыхлая тампонада лунки;
 - в) введение в лунку препаратов на основе коллагена и наложение шва;
 - г) гайморотомия;
 - д) создание антронозального соустья.
37. Тактика лечения остеокластомы:
- а) удаление зубов;
 - б) наблюдение;
 - в) эксхонлеация;
 - г) химиотерапия;

- д) физиолечение.
38. Характерный признак злокачественной опухоли.
- капсула;
 - клеточный атипизм;
 - тканевой атипизм;
 - медленный рост;
 - отсутствие боли.
39. Резорбция корней зубов отмечается при:
- эпулисе;
 - остеокластоме;
 - губчатая остеоме, одонтоме;
 - фолликулярной кисте;
 - гемангиоме.
40. Папиллома растет:
- на ножке;
 - на широком основании;
 - на инфильтрированном основании;
 - в глубине тканей;
 - под кожей.
41. Папиллома относится к:
- доброкачественным опухолям;
 - злокачественным опухолям;
 - опухолеподобным заболеваниям;
 - пародонтомам;
 - воспалительным заболеваниям.
42. Эозинофильная гранулема относится к:
- доброкачественным опухолям;
 - злокачественным опухолям;
 - опухолеподобным заболеваниям;
 - пародонтомам;
 - воспалительным заболеваниям.
43. Папиллома развивается из:
- фиброзной ткани;
 - грубой волокнистой;
 - железистой;
 - эпителиальной;
 - мышечной.
44. Тактика лечения эозинофильной гранулемы:
- выскабливание опухоли;
 - резекция челюсти;
 - комбинированное лечение;
 - химиотерапия;
 - лучевая терапия;
45. Клинические признаки фиброзного эпюлиса:
- характеризуется ограниченным участком ороговения десны;
 - характеризуется рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны;
 - характеризуется плотным безболезненным образованием на широком основании;
 - характеризуется плотным инфильтратом;
 - характеризуется формированием язвы.
46. Киста резцового канала развивается:
- островков Молассе;
 - остатков эпителиа при слиянии двух верхнечелюстных костей;
 - остатков меккеяева хряща;
 - зубного фолликула;
 - слизистой оболочки полости рта.
47. «Мигрирующая гранулема» встречается при:
- хроническом гипертрофическом пульпите;
 - хроническом гранулирующем периодонтите;
 - хроническом гранулематозном периодонтите;
 - хроническом маргинальном периодонтите;

- д) острым гнойном периодонтите.
48. Размер, характерный для радикулярной кисты:
- менее 0,5 см;
 - от 0,5 до 0,7 см;
 - от 0,7 до 0,9 см;
 - менее 1 см;
 - более 1 см.
49. Кератокиста челюсти это:
- пародонтальная киста;
 - радикулярная киста;
 - киста резцового канала;
 - фолликулярная киста;
 - первичная киста.
50. Тактика врача при проталкивании корня во время удаления зуба в гайморову пазуху:
- удалить корень через лунку;
 - проведение альвеолотомии;
 - проведение гайморотомии;
 - ушить лунку и направить больного на рентгенографию, дальнейшее наблюдение;
 - введение в лунку марлевого тампона.
51. Тактика врача при полном вывихе одно или двухкорневого зуба:
- вправление зуба и иммобилизация;
 - после вправления зуба экстирпацию пульпы;
 - операция реплантация;
 - электроодонтометрия;
 - удаление зуба.
52. Показания для двухэтапного проведения операции реплантация зуба:
- обострение пульпита;
 - обострение хронического периодонтита;
 - пародонтит;
 - хронический периодонтит вне обострения;
 - дистопия зуба.
53. Операция показанная при выведении чрезмерного количества пломбировочного материала за верхушку корня при лечении хронического гранулематозного периодонтита фронтальных зубов верхней челюсти:
- удаление зуба;
 - резекция верхушки корня;
 - реплантация;
 - гемисекция;
 - ампутация корня.
54. Тактика врача при отсутствии сгустка в лунке после удаления зуба:
- промыть лунку антисептиками;
 - провести кюретаж лунки;
 - назначить антибиотики;
 - вести в лунку марлевый тампон;
 - назначить ирригации полости рта.
55. Тактика врача при обнажении края альвеолы после неосложненного удаления зуба:
- провести пластику местными тканями;
 - провести альвеолотомию;
 - вести в лунку йодоформный тампон;
 - не проводить специальных манипуляций, наблюдение;
 - наложить тампон поверх лунки.
56. Становится подвижной группа зубов при:
- остром серозном периостите;
 - остром гнойном периостите;
 - остром остеомиелите;
 - абсцессе;
 - флегмоне.
57. При лечении нижнего моляра под мостовидный протез, если медиальные каналы непроходимы, а процесс локализуется именно вокруг медиального корня, целесообразно избрать тактику:
- электрофореза;
 - прохождения каналов машинными дрельборами;

- в) реплантации;
 - г) удаление медиального корня, использование дистальный под протез (гемисекция);
 - д) удаления зуба и изменения конструкции протеза.
58. Пародонтальную кисту относят:
- а) к пародонтитам;
 - б) к пародонтомам;
 - в) к идиопатическим заболеваниям пародонта;
 - г) к гингивитам;
 - д) к пародонтозу.
59. Укажите правильную последовательность этапов кюретажа при пародонтите:
- а) обезболивание, удаление поддесневых зубных отложений, удаление размягченного цемента с поверхности корня, удаление грануляций, дезэпителизация лоскута, наложение повязки;
 - б) удаление над- и поддесневых зубных отложений, выскабливание грануляционной ткани, промывание кармана антисептиками;
 - в) удаление зубных отложений, размягченного цемента корня, выскабливание грануляций, промывание карманов, введение в карманы противовоспалительных препаратов;
 - г) удаление отложений, введение в десневой карман антибиотиков;
 - д) удаление только наддесневых зубных отложений.
60. Целью кюретажа при пародонтите является:
- а) удаление грануляционной ткани;
 - б) удаление поддесневых зубных отложений и грануляционной ткани;
 - в) устранение кармана, создание условий для вторичного при-живления десны к тканям зуба;
 - г) удаление участков проросшего эпителия десны;
 - д) удаление десневого края.
61. Показания для проведения лоскутных операций при лечении болезней пародонта:
- а) гингивиты;
 - б) пародонтоз;
 - в) пародонтит легкой и средней степени тяжести;
 - г) пародонтит средней и тяжелой степени при глубине десневых карманов более 6-7 мм;
 - д) пародонтит тяжелой степени при подвижности зубов III степени.
62. Наружной границей поднижнечелюстного треугольника является:
- а) заднее брюшко крыловидно-нижнечелюстной мышцы;
 - б) переднее брюшко жевательной мышцы;
 - в) внутренняя поверхность нижней челюсти;
 - г) жевательная мышца;
 - д) внутренняя поверхность подбородочного отдела нижней челюсти.
63. Главным в лечении острого гнойного периостита является:
- а) удаление «причинного» зуба;
 - б) разрез по переходной складке;
 - в) назначение антибиотиков;
 - г) назначение антигистаминных средств;
 - д) физиолечение.
64. Удаление зуба показано:
- а) при переломе челюсти;
 - б) при переломе альвеолярного отростка;
 - в) при переломе корня зуба в области верхушки;
 - г) при переломе зуба в области шейки;
 - д) при продольном переломе корня зуба.
65. Для целлюлита челюстно-лицевой области характерно:
- а) отек;
 - б) инфильтрация;
 - в) гнойное расплавление;
 - г) некроз;
 - д) ограничение очага воспаления.
66. Костную полость после операции резекции верхушки корня зуба целесообразно заполнять:
- а) антибиотиками;
 - б) сульфаниламидами;
 - в) содержащими гидроксиапатит кальция;
 - г) содержащими желатин;
 - д) содержащими йодоформ.

67. При одонтогенном остеомиелите челюсти целесообразно назначать:
- сульфаниламиды;
 - нитрофураны;
 - производные гуанидина;
 - антибиотики;
 - растительные средства.
68. Больным гемофилией перед операцией удаления зуба необходимо назначить:
- антибиотики;
 - препараты факторов крови;
 - аминокапроновую кислоту;
 - ферракрил;
 - желпластан.
69. При кровотечении из поврежденной слизистой оболочки полости рта при гемофилии целесообразно использовать местно:
- ферракрил;
 - аминокапроновая кислота;
 - колапол;
 - викасол;
 - гемостатическая губка.
70. Часто возникают кровотечения после удаления зуба при:
- болезни Виллебранда;
 - болезни Боткина;
 - болезни Педжета;
 - сахарном диабете;
 - пиелонефрите.
71. Рецессия десны устраняется:
- противовоспалительной терапией;
 - пластикой местными тканями;
 - кюретажем;
 - гингивэктомией;
 - гингивотомией.
72. При обнажении фуркации и сохранении устойчивости нижнего первого моляра проводится:
- резекции верхушки корня;
 - коронно-радикулярная сепарация;
 - реплантация;
 - гемисекция;
 - лоскутная операция.
73. Коронно-радикулярная сепарация проводится при:
- хроническом периодонтите;
 - переломе верхушки корня зуба;
 - радикулярной кисте;
 - пародонтомах;
 - фуркационном дефекте.
74. После лоскутных операций на пародонте снимают швы на:
- 4-5 сутки;
 - 6-7 сутки;
 - 8-9 сутки;
 - 10-12 сутки;
 - 15-16 сутки.
75. К облигатным предракам слизистой оболочки полости рта относится:
- болезнь Боуэна;
 - плоская лейкоплакия;
 - красный плоский лишай;
 - папиллома;
 - декубитальная язва.
76. При лоскутной операции по Ремфьюрду разрез проводится:
- перпендикулярно десне до кости;
 - обратный косой;
 - по вершинам межзубных сосочков;
 - вертикальный (на всю глубину пародонтального кармана);

д) по переходной складке.

77. Хирургическая обработка раны после удаления зуба включает:

- а) удаление мелких осколков, тугая тампонада;
- б) выскабливание альвеолы и удаление кровяного сгустка;
- в) наложение швов на лунку;
- г) промывание лунки раствором антисептика;
- д) извлечение мелких осколков, сдавливание краев лунки.

78. Сроки заживления костной раны после удаления зуба:

- а) 12-14 дней;
- б) 1 месяц;
- в) 2 месяца;
- г) 3-4 месяца;
- д) 12 месяцев.

79. При лечении альвеолита проводится:

- а) кюретаж лунки;
- б) кюретаж лунки, антисептическая обработка, местное медикаментозное лечение;
- в) тугая тампонада лунки;
- г) промывание лунки антисептиками и тампонада;
- д) физиолечение.

80. Признаки повреждения дна гайморовой пазухи:

- а) обильное кровотечение из лунки;
- б) выраженный болевой синдром;
- в) бессимптомно;
- г) прохождение воздуха из носа в полость рта, кровотечение из носа;
- д) кровотечение из носа.

81. Первая помощь оказывается при вывихе нижней челюсти во время удаления зуба:

- а) наложение працевидной повязки;
- б) правление вывиха, працевидная повязка;
- в) вправление вывиха;
- г) обезболивание, працевидная повязка;
- д) обезболивание.

82. Показания к остеогингивопластике:

- а) рецессия десны;
- б) хронический гингивит;
- в) хронический генерализованный пародонтит легкой степени;
- г) хронический генерализованный пародонтит средней и тяжелой степени;
- д) острый пародонтит.

83. При пункции остеокластомы будет определяться:

- а) жидкость бурого цвета;
- б) жидкость янтарно-желтого цвета;
- в) жидкость ярко-красного цвета;
- г) жидкость черного цвета;
- д) бесцветная жидкость.

84. В лечении радикулярной кисты используется наиболее часто:

- а) цистэктомия;
- б) цистотомия;
- в) резекция фрагмента челюсти;
- г) лучевая терапия;
- д) комбинированное лечение.

85. Одонтогенный гайморит наиболее часто развивается:

- а) при хроническом периодонтите первого верхнего моляра;
- б) при маргинальном периодонтите первого верхнего моляра;
- в) при хроническом периодонтите фронтальной группы зубов верхней челюсти;
- г) при генерализованном пародонтите;
- д) при хроническом гингивите.

86. Признаки мигрирующей гранулемы лица:

- а) больной зуб, тяж, кожные изменения;
- б) кожные изменения;
- в) увеличение лимфатических узлов;
- г) разрушенный зуб;

д) периостальная реакция.

87. Для внутрикостной имплантации пригодны:

- а) только альвеолярный отросток;
- б) фронтальный отдел верхней и нижней челюсти;
- в) все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантат;
- г) базальные отделы челюстей в пределах расположения зубных рядов;
- д) только дистальные отделы верхней и нижней челюсти.

88. При гематогенном остеомиелите у детей чаще поражается:

- а) тело нижней челюсти;
- б) мышелковый отросток нижней челюсти;
- в) альвеолярный отросток нижней челюсти;
- г) альвеолярный отросток верхней челюсти;
- д) твердое небо.

89. Тяжесть течения воспалительных процессов у детей определяет:

- а) большая распространенность кариеса;
- б) морфологическое и функциональное несовершенство органов и тканей у ребенка;
- в) трудность диагностики воспалительных процессов у детей;
- г) локализация процессов у детей;
- д) варибельность клинического течения.

90. Особенность исхода остеомиелита челюстных костей:

- а) адентия;
- б) образование дефекта кости;
- в) задержка роста челюсти;
- г) патологический перелом челюсти;
- д) гиперостоз.

91. Абсолютное показание к удалению временного зуба:

- а) возраст физиологической смены зубов;
- б) наличие периодонтита;
- в) наличие свища;
- г) рентгенологически определяемое вовлечение в процесс зачатка постоянного зуба;
- д) отлом части коронки.

92. Причина аденофлегмон в челюстно-лицевой области: 1) заболевание ЛОР-органов; 2) зубы, пораженные кариесом или его осложнениями; 3) травма челюстно-лицевой области; 4) острый герпетический стоматит; 5) фурункул на лице.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

93. Необходимость удаления зачатка постоянного зуба может возникнуть, если он находится:

- а) в зоне деструкции при хроническом воспалительном процессе;
- б) в линии перелома без смещения отломков;
- в) в полости зубосодержащей кисты;
- г) рядом со включенным вывихом временного зуба;
- д) прилежит к зубу с хроническим периодонтитом.

94. Наиболее информативны данные для дифференциальной диагностики кист и продуктивного воспалительного процесса челюстных костей:

- а) наличие в исследуемой области зуба с осложнением кариеса;
- б) рентгенологические;
- в) электроодонтодиагностики;
- г) длительность процесса;
- д) степень активности кариеса.

95. Реабилитационный период для больных гематогенным остеомиелитом:

- а) до момента клинического выздоровления;
- б) стойкая ремиссия в течение года;
- в) до окончания формирования временного прикуса;
- г) до окончания роста челюстных костей;
- д) ремиссия в течение 3-х лет.

96. Исход хронического деструктивного остеомиелита, перенесенного в детском возрасте: 1) выздоровление; 2) микрогения; 3) дефект челюсти; 4) адентия; 5) деформация. Выберите правильный ответ по схеме:

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

97. Свищ в преддверии рта - симптом: 1) хронического периодонтита временного зуба; 2) хронического периодонтита с вовлечением зачатка постоянного зуба; 3) хронического остеомиелита; 4) одонтогенной кисты; 5) хронического периодонтита постоянного зуба. Выберите правильный ответ по схеме:

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

98. Обязательно подлежит удалению зуб, вызвавший одонтогенный острый периостит:

- а) временный моляр;
- б) постоянный моляр;
- в) постоянный резец верхней челюсти;
- г) постоянный резец нижней челюсти;
- д) постоянный клык.

99. Наиболее достоверно для диагноза хронического неспецифического паротита:

- а) наличие припухлости в околоушно-жевательной области;
- б) сухость во рту;
- в) наличие в анамнезе эпидемического паротита;
- г) мутная с примесями слюна;
- д) боль в околоушно-жевательной области.

100. Наиболее достоверно подтверждает наличие слюнокаменной болезни в детском возрасте:

- а) острый лимфаденит поднижнечелюстной области;
- б) симптом слонной колики;
- в) данные рентгенологического обследования;
- г) мутная слюна;
- д) сухость во рту.

101. Наиболее достоверно подтверждает диагноз эпидемического сиалоденита:

- а) двусторонний характер поражения;
- б) данные эпидемического анамнеза;
- в) показатели гемограммы;
- г) результат противовоспалительной терапии;
- д) односторонний характер поражения.

102. Причины возникновения дефектов верхней челюсти: 1) результат воспалительного процесса ЧЛЮ; 2) травматические повреждения и оперативные вмешательства ЧЛЮ; 3) результат лучевой терапии; 4) врожденные дефекты; 5) остеомиелит.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

103. Наиболее тяжелые функциональные нарушения у больных с дефектами сообщающимися гайморову пазуху с полостью рта: 1) нарушение функции речи; 2) изменение дыхания; 3) нарушение функции жевания; 4) такие же нарушения как при обычном дефекте зубных рядов; 5) затрудненное глотание. Выберите правильный ответ по схеме:

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

104. Функциональные нарушения при стоманазальных дефектах (приобретенных): 1) нарушение формирования пищевого комка; 2) нарушение речи; 3) нарушение глотания; 4) нарушение окклюзии; 5) нарушение слуха. Выберите правильный ответ по схеме:

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

105. Характерные нарушения при дефектах приротовой области: 1) нарушение окклюзии; 2) нарушение речи; 3) тяжелые рубцовые деформации приротовой области; 4) наличие микростомы; 5) нарушение жевания. Выберите правильный ответ по схеме:

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

106. Какие шины применяют при лечении переломов челюстей: 1) гнутые из алюминиевой проволоки; 2) шины из быстротвердеющих пластмасс; 3) стандартные шины назубные ленточные; 4) сочетание проволочных шин с быстротвердеющими пластмассовыми; 5) шина Ванкевич. Выберите правильный ответ по схеме:

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

107. Какие требования учитываются при изготовлении шин для лечения переломов челюстей: 1) быстрота изготовления; 2) стандартизация шин; 3) гигиеничность шин; 4) отсутствие окклюзионных нарушений; 5) прочная фиксация отломков. Выберите правильный ответ по схеме:

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

108. Тактика врача в отношении зубов, находящихся в линии перелома при наличии глубоких зубодесневых карманов:

- а) удаление;
- б) консервативное лечение;
- в) шинирование быстротвердеющей пластмассой;
- г) шинирование лигатурной проволокой;
- д) лечение с применением антибиотиков.

109. Тактика врача в отношении зубов вклиненных в щель перелома, когда они препятствуют вправлению отломков:

- а) консервативное лечение;
- б) шинирование самотвердеющей пластмассой;
- в) лечение с применением антибиотиков;
- г) удаление;
- д) перемещение с помощью репонирующего аппарата.

110. Оптимальным материалом для заполнения костной полости при операциях на челюстях является:

- а) коллаген;
- б) гидроксиапатит кальция;
- в) колапол;
- г) колапан;
- д) биоимплант.

111. Препараты на основе гидроксиапатита кальция обладают: 1) остеоиндуктивным действием; 2) остеозамещающим действием; 3) остеопротективным действием; 4) остеокондуктивным действием; 5) являются инертными. Выберите правильный ответ по схеме:

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

112. При проведении операции резекции верхушки корня, костная полость может заполняться: 1) Остимом 100; 2) гидроксиапатитом кальция; 3) колаполом; 4) колапаном; 5) биоимплантом. Выберите правильный ответ по схеме:

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

113. Для консервативного лечения деструктивных форм периодонтита могут быть использованы: 1) колапан-грунулы; 2) гранулы гидроксиапатита кальция; 3) колапол; 4) Остим 100; 5) Биоимплантом. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.
114. Противопоказанием к проведению плановых амбулаторных стоматологических операций является:
- а) гипертоническая болезнь;
 - б) сахарный диабет;
 - в) носительство ВИЧ;
 - г) носительство вируса гепатита С;
 - д) острая вирусная инфекция.
115. После устранения причины развития эпюлиса рекомендуется:
- а) удалить зуб в области роста образования;
 - б) удалить образование острым путем;
 - в) продолжить наблюдение;
 - г) коагулировать образования;
 - д) провести частичную резекцию челюсти.
116. В развитии альвеолита после удаления зубов по поводу обострения хронического периодонтита принимают участие:
- а) микрофлора периапикального очага;
 - б) микрофлора полости рта;
 - в) микрофлора воздуха помещения;
 - г) микрофлора носоглотки;
 - д) микрофлора приротовой области пациента.
117. С помощью йодсодержащих растворов можно выявить на зубах наличие:
- а) пелликулы;
 - б) зубного налета;
 - в) зубного камня;
 - г) пищевых остатков;
 - д) кутикулы.
118. Наиболее информативным для определения гигиенического состояния полости рта у взрослых является индекс:
- а) Федорова-Володкиной;
 - б) Грин-Вермиллиона;
 - в) РНР;
 - г) КПУ(п);
 - д) СРІТN.
119. Индекс Грин-Вермиллиона используется для определения:
- а) интенсивности кариеса;
 - б) зубного налета, зубного камня;
 - в) кровоточивости десен;
 - г) распространенности кариеса;
 - д) глубины пародонтального кармана.
120. При определении гигиенического состояния полости рта с помощью индекса Федорова-Володкиной окрашиваются:
- а) вестибулярные поверхности 6 верхних фронтальных зубов;
 - б) вестибулярные поверхности 6 нижних фронтальных зубов;
 - в) язычные поверхности первых постоянных моляров;
 - г) вестибулярные поверхности верхних и нижних резцов;
 - д) вестибулярные поверхности всех групп зубов верхней и нижней челюсти.
121. При определении гигиенического состояния полости рта и при окрашивания зубного налета используют растворы:
- а) метиленового синего;
 - б) 1% р-р йодиола;
 - в) 5% спиртовой раствор йода;
 - г) раствор Шиллера-Писарева;
 - д) 0,25% спиртовой раствор хлорофиллинга.
122. Метод термометрии нужно использовать:
- а) для дифференциальной диагностики кариеса и пульпита;
 - б) для диагностики периодонтита;
 - в) для дифференциальной диагностики периодонтита и невралгии тройничного нерва;
 - г) при перфорации в области бифуркации;
 - д) при переломе корня.
123. КПУ(з) - это индекс:
- а) интенсивности кариеса временных зубов;
 - б) интенсивности кариеса постоянных зубов;

- в) интенсивности кариеса поверхностей;
 - г) гигиенический;
 - д) кровоточивости десен.
124. При определении индекса гигиены РНР оценивают зубной налет по:
- а) кариесогенности;
 - б) интенсивности;
 - в) локализации;
 - г) толщине;
 - д) цвету.
125. Для дифференциальной диагностики начального кариеса используются методы:
- а) зондирование;
 - б) ЭОД;
 - в) рентгенологический;
 - г) определение индексов гигиены;
 - д) термометрии.
126. Значение рН зубного налета оценивается как критическое при значении:
- а) 7,0-7,5;
 - б) 5,5-5,7;
 - в) 6,5-7,0;
 - г) 7,5-8,0;
 - д) 8,5-9,0.
127. Распространенность кариеса зубов выражается в:
- а) абсолютных единицах;
 - б) процентах;
 - в) относительных единицах;
 - г) суммой кариозных, удаленных и пломбированных зубов;
 - д) разницей здоровых и пораженных кариесом зубов.
128. Интенсивность кариеса зубов выражается:
- а) суммой кариозных, пломбированных и удаленных зубов у одного пациента;
 - б) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных к возрасту пациента;
 - в) средним показателем суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов в группе обследованных;
 - г) отношением количества лиц, имеющих кариозные зубы, к общему числу обследованных, выраженное в процентах;
 - д) разницей между индексами КПУ(з) и КПУ(п).
129. Поражаемость кариесом твердых тканей зубов оценивается с помощью индексов:
- а) КПУ(з) и КПУ(п);
 - б) ИГР-У;
 - в) РНР;
 - г) РМА;
 - д) СРІТН.
130. Электроодонтометрия применяется:
- а) для определения состояния нервных окончаний пульпы;
 - б) для определения состояния нервных окончаний периодонта;
 - в) для определения состояния сосудов;
 - г) для выявления дентиклей;
 - д) для определения возбудимости нервных окончаний пародонта.
131. Наибольшую информацию о состоянии периапикальных тканей зубов верхней и нижней челюсти дает:
- а) дентальная рентгенография;
 - б) панорамная рентгенография;
 - в) ортопантомография;
 - г) телерентгенография;
 - д) рентгенокинематография.
132. Наиболее информативен для оценки качества пломбирования корневых каналов зубов верхней и нижней челюсти:
- а) дентальная рентгенография;
 - б) панорамная рентгенография;
 - в) ортопантомография;
 - г) телерентгенография;
 - д) рентгенокинематография.
133. Метод рентгенодиагностики дающий исчерпывающую информацию о состоянии тканей пародонта челюсти:
- а) дентальная рентгенография;
 - б) панорамная рентгенография;

- в) ортопантомография;
- г) телерентгенография;
- д) рентгенокинематография.

134. Метод рентгенодиагностики целесообразно использовать для выявления возможности прохождения корневого канала правого верхнего шестого зуба:

- а) дентальная рентгенография;
- б) панорамная рентгенография;
- в) ортопантомография;
- г) телерентгенография;
- д) рентгенокинематография.

135. Метод рентгенодиагностики наиболее информативен при выявлении соответствия размеров верхней и нижней челюсти:

- а) дентальная рентгенография;
- б) панорамная рентгенография;
- в) ортопантомография;
- г) телерентгенография;
- д) рентгенокинематография.

136. Метод рентгенодиагностики наиболее информативен для выявления морфологии элементов височно-нижнечелюстного сустава:

- а) дентальная рентгенография;
- б) панорамная рентгенография;
- в) ортопантомография;
- г) телерентгенография;
- д) томография.

137. Иммунитет это:

- а) способность иммунной системы вырабатывать антитела;
- б) способность иммунокомпетентных клеток распознавать чужеродные белки;
- в) способность (механизм) защиты организма от живых тел и веществ, несущих в себе признаки генетически чужеродной информации;
- г) способность некоторых клеток уничтожать бактериальные клетки, попадающие из внешней среды;
- д) фагоцитарная функция клеток организма.

138. Факторы неспецифической защиты это:

- а) выработка антител к определенному антигену;
- б) физиологическое воздействие на бактериальную клетку;
- в) химическое воздействие на микроорганизм;
- г) комплексное (физиологическое, химическое) воздействие на микроорганизм;
- д) фагоцитарная функция специфических клеток.

139. Специфические механизмы защиты это:

- а) наличие в организме антител;
- б) наличие к патогенным фагоцитам;
- в) синтез иммуноглобулинов, воздействующих на определенный антиген;
- г) действие ферментов на чужеродные клетки;
- д) действие макрофагов

140. Действие неспецифических механизмов защиты в полости рта проявляется:

- а) сразу же в момент попадания белковой субстанции или иного вещества;
- б) через сутки;
- в) через 1-2 недели;
- г) необходимо время для синтеза иммуноглобулинов;
- д) необходимо время для формирования защиты.

141. Наиболее важный фактор неспецифической защиты организма (в полости рта): 1 барьерная функция тканей полости рта; 2 слюноотделение; 3 находящиеся в слюне антибактериальные компоненты лизоцим, и другие; 4 резидентная микрофлора в полости рта; 5 иммуноглобулины, лейкоциты. Выберите правильный ответ по схеме:

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

142. Фактор, оказывающий существенное влияние на иммунологический статус человека: 1 возраст больного; 2 перенесенные заболевания и их давность; 3 психологическое состояние больного; 4 условия работы (шум, ионизация, воздействие химических веществ и другие); 5 условия проживания и питания. Выберите правильный ответ по схеме:

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

143. Специфическая реакция организма на антиген:

- а) выработка антитела (специфических иммуноглобулинов);
- б) развитие гиперчувствительности немедленного или замедленного типа;
- в) иммунологическая память;
- г) иммунологическая толерантность;
- д) отек Квинке.

144. Могут изменять иммунологические процессы в полости рта: 1криогенное воздействие на ткани; 2действие высоких температур на ткани; 3УВЧ терапия; 4лучевая терапия; 5воздействие УФЛ. Выберите правильный ответ по схеме:

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

145. Наиболее информативные методы обследования взрослых стоматологических больных: 1изучение диагностических моделей; 2рентгенологическое исследование; 3телерентгенография; 4электромиография жевательных мышц; 5РПГ. Выберите правильный ответ по схеме:

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

146. Соотношении передних зубов при прогеническом прикусе: 1обратное смыкание резцов с контактом и незначительным перекрытием; 2глубокий обратный прикус; 3открытый прикус; 4прямой контакт; 5контакт нижних резцов с твердым небом. Выберите правильный ответ по схеме:

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

147. Признак характерный для глубокого прикуса у взрослого пациента: 1отсутствие контакта между передними зубами; 2наличие маргинальных пародонтитов; 3блокирование движений нижней челюсти; 4наличие артропатий; 5тремор нижней челюсти. Выберите правильный ответ по схеме:

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

148. Для дисфункции височно-нижнечелюстного сустава характерно: 1боль в суставе; 2хруст и щелканье в суставе; 3смещение нижней челюсти; 4снижение высоты прикуса; 5синдром Костена. Выберите правильный ответ по схеме:

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

149. Признаки позволяющие определить наличие «ложного» сустава нижней челюсти во фронтальном участке: 1несинхронные движения суставных головок височно-нижнечелюстного сустава; 2резкое нарушение окклюзионных взаимоотношений с верхними зубами; 3смещение обломков в язычном направлении; 4подвижность обломков определяющаяся при пальцевом обследовании; 5рентгенологическое исследование. Выберите правильный ответ по схеме:

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

15. Нормальная частота пульса взрослого человека в пределах:

- а) 40-80 ударов в минуту;
- б) 60-100 ударов в минуту;
- в) 80-120 ударов в минуту;
- г) 90-130 ударов в минуту;
- д) 100-140 ударов в минуту.

151. Частота дыхания в минуту взрослого человека находится в пределах:

- а) 10-14;
- б) 14-20;
- в) 16-24;
- г) 24-28;
- д) 26-50.

152. Пациент, регулярно принимающий много салицилатов, например, по поводу артрита, представляет риск и неудобства при стоматологических вмешательствах, особенно хирургических - по причине:

- а) аллергических проявлений;
- б) склонности к кровотечениям;
- в) чувства страха перед лечением;
- г) в связи с низким артериальным давлением;
- д) в связи с высоким артериальным давлением.

153. При обследовании пациента обязательно пальпируется бимануально следующая область:

- а) преддверие полости рта;
- б) слизистая оболочка щеки;
- в) контуры губ;
- г) уздечка языка;
- д) дно полости рта.

154. При проведении электроодонтодиагностики больного зуба целесообразно начать измерение:

- а) сразу с причинного зуба;
- б) с антагониста;
- в) с подобного зуба на противоположной челюсти;
- г) с такого же зуба на противоположной стороне зубной дуги;
- д) с любого другого зуба.

155. При проведении внешнего осмотра пациента с острым периодонтитом 46 обращают внимание на: 1 состояние кожных покровов; 2 состояние лимфатических узлов; 3 конфигурацию лица; 4 глубину дыхания; 5 состояние жевательных мышц. Выберите правильный ответ по схеме:

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

156. В дифференциальной диагностике пульпита и периодонтита используется: 1 перкуссия зуба; 2 температурная проба; 3 ЭОД; 4 зондирование полости зуба; 5 рентгенография. Выберите правильный ответ по схеме:

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

157. 03.40. В диагностике радикулярных кист челюстей используется: 1 рентгенография; 2 пункция; 3 пальпация; 4 перкуссия; 5 аускультация. Выберите правильный ответ по схеме:

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

158. Парабены (метил-, этил-, пропил-), входящие в состав растворов местных анестетиков, являются:

- а) антиоксидантами;
- б) бактериостатиками;
- в) комплексонами;
- г) стабилизаторами;
- д) бактериолитиками.

159. В растворах каких карпулированных анестетиков с вазоконстрикторами имеется компонент, содержащий сульфатную группу: 1 лидокаин; 2 мепивакаин; 3 прилокаин; 4 артикаин; 5 новокаин. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

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

160. При повышенной чувствительности пациента к сульфасо4P|Швщим веществам выберите препарат, применение которого снижает риск возникновения осложнений:

- а) ультракаин DS;
- б) лидокаин 2% с адреналином 1:100000;
- в) лидокаин 2% без адреналина;
- г) прилокаин 4% без адреналина;
- д) ультракаин DS - форте.

161. Какой из анестетиков можно применить при наличии у пациента бронхиальной астмы:

- а) ультракаин DS;
- б) лидокаин 2% с адреналином 1:100000;
- в) мепивакаин 3% без адреналина;
- г) прилокаин 4% без адреналина;
- д) ультракаин DS — форте.

162. У пациентов с склонностью к кровотечениям предпочтение нужно отдавать следующим видам анестезии:

- а) ментальной;
- б) мандибулярной;
- в) подслизистой;
- г) инфраорбитальной;
- д) резцовой.

163. Развитию передозировочных реакций на местные анестетики у больных с: кардиологическими заболеваниями способствует: снижение сердечного выброса; уменьшение объема циркулирующей крови; снижение печеночного Кровотока; настроение пациентов; уменьшение скорости всасывания анестетика из места инъекции Выберите правильный ответ по схеме:

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

164. Лечение больных с выраженной сердечной недостаточностью нужно проводить:

- а) в горизонтальном положении;
- б) в полугоризонтальном положении;
- в) в вертикальном положении;
- г) в горизонтальном положении с приподнятыми ногами;
- д) не проводить лечение.

165. Указание на инфаркт миокарда, перенесенный менее 6 месяцев назад или повторный инфаркт миокарда делает проведение местной анестезии:

- а) абсолютно противопоказанным;
- б) показанным по экстренным показаниям, в сочетании с премедикацией;
- в) показанным без ограничений;
- г) показанным с применением вазоконстрикторов;
- д) не проводить лечение.

166. У пациентов с гипертензией выше 200/115 стоматологические вмешательства с применением анестетиков:

- а) проводятся в обычном порядке в условиях поликлиники;
- б) противопоказаны;
- в) проводятся по экстренным показаниям в условиях поликлиники;
- г) неотложные вмешательства проводятся в стационаре;
- д) проводятся в обычном порядке в стационаре.

167. Шестимесячная реабилитация после перенесенного инфаркта миокарда позволяет:

- а) проводить в условиях поликлиники с контролем соматического статуса пациента;
- б) противопоказаны;
- в) проводятся по экстренным показаниям в условиях поликлиники;
- г) неотложные вмешательства проводятся в стационаре;
- д) проводятся в обычном порядке в стационаре.

168. Катехоламины в составе раствора местнообезболивающих средств противопоказаны:

- а) больным с лекарственно контролируемым гипертиреозом;
- б) больным с хирургически контролируемым гипертиреозом;
- в) больным с гипертиреозом;

- г) больным с гипотиреозом;
- д) больным с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы.

169. Обозначьте необходимые условия приема больного с гиперфункцией щитовидной железы: 1 анестетик без вазоконстриктора; 2 седация; 3 негетостабилизация; 4 анестетик с вазоконстриктором; 5. профилактическая антибиотикотерапия. Выберите правильный ответ по схеме:

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

170. В связи с заболеваниями печени (гепатит А, Б, цирроз) при обезболивании оправдано применение следующих анестетиков: новокаина; лидокаина; мепивакаина; прилокаина; артикаина. Выберите правильный ответ по схеме:

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

171. Какой из анестетиков нельзя применять у больных с дефицитом холинэстеразы крови:

- а) новокаин;
- б) лидокаин;
- в) мепивакаин;
- г) прилокаин;
- д) артикаин

172. Пациентам, страдающим бронхиальной астмой и повышенной чувствительности к сульфасодержащим препаратам, не рекомендуют вводить: артикаин; адреналин; 3. анестетики, содержащие вазоконстриктор и стабилизатор бисульфит натрия; 4% раствор прилокаина; 3% раствор мепивакаина. Выберите правильный ответ по схеме:

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

173. Комплекс мер, направленных на купирование передозировочных реакций на местные анестетики, включает: суггестию; ингаляцию кислорода; контроль ЧД, РS, АД; введение диазепама; наблюдение; Выберите правильный ответ по схеме:

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

174. Трансформация эфирных анестетиков происходит в большей степени: 1 в печени; 2 в тканях по месту введения; 3 в почках; 4. в плазме; 5. в селезенке. Выберите правильный ответ по схеме:

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

175. Лекарственные группы применяют с целью премедикации: транквилизаторы; спазмолитики; анальгетики; антигистаминные препараты; вегетотропные средства; Выберите правильный ответ по схеме:

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

176. Препарат для коррекции психоэмоционального состояния:

- а) транквилизаторы;
- б) спазмолитики;
- в) анальгетики;
- г) антигистаминные препараты;
- д) антибиотики.

177. Препарат для предупреждения развития нейроциркуляторой дистонии по гипотоническому типу при проведении премедикации:

- а) транквилизаторы;
- б) м - холинолитики;
- в) анальгетики;
- г) антигистаминные препараты;
- д) антибиотики.

178. Для предупреждения вегетативных реакций при наличии в анамнезе нейроциркуляторной дистонии по гипотоническому типу применяют следующую схему премедикации:

- а) транквилизатор + м - холинолитик;
- б) анальгетик + антигистаминный препарат;
- в) транквилизатор + анальгетики;
- г) м — холинолитик + антигистаминный препарат;
- д) транквилизатор + ненаркотический анальгетик.

179. При проведении премедикации для устранения вагусного рефлекса(брадикардии) следует применить:

- а) седуксен;
- б) атропин;
- в) иппаверин;
- г) анальгин;
- д) супрастин.

180. Для предупреждения вегетативных реакций при наличии в анамнезе нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому-типу применяют следующую схему премедикации:

- а) транквилизатор + миотропный спазмолитик;
- б) анальгетик + антигистаминный препарат;
- в) транквилизатор + анальгетики;
- г) миотропный спазмолитик + антигистаминный препарат;
- д) транквилизатор + не наркотический анальгетик.

181. При проведении премедикации для торможения сосудистых механизмов спазма артериол следует применить:

- а) седуксен;
- б) атропин;
- в) папаверин;
- г) анальгин;
- д) супрастин.

182. При проведении премедикации для уменьшения болевого синдрома при воспалении применяют:

- а) транквилизаторы;
- б) спазмолитики;
- в) ненаркотические анальгетики;
- г) антигистаминные препараты;
- д) антибиотики.

183. Для купирования (торможения) аллергических реакций при проведении премедикации применяют:

- а) транквилизаторы;
- б) спазмолитики;
- в) ненаркотические анальгетики;
- г) антигистаминные препараты;
- д) антибиотики.

184. При проведении премедикации у пациента с аллергологическим анамнезом и выраженным беспокойством, вызванным посещением стоматолога, применяют следующую схему премедикации:

- а) транквилизатор + миотропный спазмолитик;
- б) анальгетик + антигистаминный препарат;
- в) транквилизатор + анальгетики;
- г) миотропный спазмолитик + ненаркотический анальгетик;
- д) транквилизатор + антигистаминный препарат.

185. При проведении премедикации для купирования (торможения) аллергических реакций следует применить

- а) седуксен;
- б) атропин;
- в) папаверин;
- г) анальгин;
- д) супрастин.

186. При гипервентиляции развивается:

- а) гипокапния, гипероксия;

- б) гиперкапния, гипероксия;
- в) гипокапния, гипоксия;
- г) гиперкапния, гипоксия;
- д) все остается в норме.

187. Препаратом выбора при гипервентиляции является:

- а) нитроглицерин;
- б) диазепам;
- в) преднизалон;
- г) кордиамин;
- д) эуфеллин.

188. Признаки, выявленные при обследовании пациента (потеря сознания; бледные, влажные кожные покровы; гипотония; редкое, поверхностное дыхание) характерны для:

- а) эпилепсии;
- б) обморока;
- в) анафилактического шока;
- г) гипогликемии;
- д) коллапса.

189. Стимуляции кровообращения (увеличение АД, увеличение ЧСС при обмороке предпочтительнее добиваться применением:

- а) адреналина;
- б) атропина;
- в) преднизолона;
- г) эуфиллина;
- д) кофеина.

190. Среди причин возникновения обморока нехарактерной является:

- а) психогенная реакция;
- б) болевое раздражение;
- в) гипервентиляция;
- г) нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу;
- д) потеря воды и натрия вследствие рвоты и поноса.

191. При неэффективном рефлекторном методе воздействия лечения обморока следует применить:

- а) атропина сульфат и кордиамин;
- б) диазепам и кофеин;
- в) кордиамин и трамал;
- г) атропина сульфат;
- д) адреналин и диазепам.

192. Патогенетическая терапия коллапса предполагает:

- а) урежение частоты сердечных сокращений;
- б) уменьшение объема циркулирующей крови;
- в) понижение тонуса сосудов;
- г) снижение сократительной способности миокарда;
- д) сужение периферических сосудов.

193. Выделяют следующие формы коллапса: геморрагический; кардиогенный; нейроциркуляторный; сосудистый. Выберите правильный ответ по схеме:

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

194. Горизонтальное положение оптимально при:

- а) гипервентиляции;
- б) асфиксии;
- в) гипергликемии;
- г) коллапсе;
- д) приступе бронхиальной астмы.

195. Маловероятной Причиной возникновения гипертонического криза является:

- а) гипертоническая болезнь;
- б) поражения почек;
- в) поражение ЦНС;
- г) поражение системы крови;
- д) нарушение функции антиноцицептивной системы.

196. У пациента наблюдается быстрое повышение АД, резкая головная боль, рвота, дрожь во всем теле, тахикардия. Имеет место:

- а) приступ стенокардии;
- б) коллапс;
- в) гипогликемия;
- г) гипертонический криз;
- д) инфаркт миокарда.

197. Коронаролитическими свойствами обладает:

- а) анальгин;
- б) эуфиллин;
- в) кофеин;
- г) нитроглицерин;
- д) седуксен.

198. Длительность приступа стенокардии составляет:

- а) 10 - 30 секунд
- б) 30 - 60 секунд
- в) 1 - 5 минут
- г) 5 - 10 минут
- д) 10 - 15 минут

199. Применение диазепама показано при:

- а) коллапсе;
- б) гипогликемии;
- в) инфаркте миокарда;
- г) приступе бронхиальной астмы;
- д) обмороке.

200. Наиболее частой причиной инфаркта миокарда у лиц молодого возраста является:

- а) тромбоз коронарных артерий;
- б) эмболия;
- в) васкулит;
- г) атеросклероз;
- д) длительный спазм коронарных артерий.

201. Тахикардия, нарушение ритма, одышка, боль за грудиной с иррадиацией, неэффективность неоднократного приема нитроглицерина свидетельствуют в пользу:

- а) пароксизмальной тахикардии⁴
- б) стенокардии напряжения;
- в) стенокардии покоя;
- г) инфаркта миокарда;
- д) коллапса.

202. Этиологическими факторами эпилепсии являются: 1. инфекционные заболевания; 2. закрытая черепно-мозговая травма; 3. сердечно-сосудистые заболевания; 4. заболевания печени; 5. воспаление оболочки мозга. Выберите правильный ответ по схеме:

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

203. Фазы большого эпилептического припадка: а) аура; б) фаза тонических судорог; в) фаза клонических судорог; г) беспричинный смех; д) беспокойство. Выберите правильный ответ по схеме:

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

204. Употреблением стакана сахаросодержащих напитков можно купировать:

- а) обморок;
- б) коллапс;
- в) гипергликемию;
- г) гипогликемию;
- д) анафилактический шок.

205. Для клинической картины гипогликемии нехарактерен симптом:

- а) чувства голода;
- б) общей слабости; -
- в) влажность кожных покровов;
- г) тремора пальцев;
- д) спутанность сознания, вплоть до его потери.

206. Для гипогликемии характерен симптом:

- а) снижение глюкозы крови;
- б) запах ацетона изо рта;
- в) глубокое, шумное дыхание;
- г) снижение мышечного тонуса;
- д) ацетонурия.

207. Для гипергликемии характерен симптом:

- а) снижение глюкозы крови;
- б) запах ацетона отсутствует;
- в) поверхностное дыхание;
- г) диплопия;
- д) ацетонурия.

208. Выраженный цианоз, резкая одышка, отсутствие двигательной активности, участие дополнительных мышц в акте дыхания, вздутие шейных вен, выбухание надключичных ямок характеризуют:

- а) асфиксию обтурационную;
- б) приступ бронхиальной астмы;
- в) большой эпилептический припадок;
- г) приступ стенокардии;
- д) гипервентиляцию.

209. Какие лекарства реже других могут вызвать анафилаксию:

- а) местнообезболивающие;
- б) антибиотики;
- в) витамины;
- г) органические препараты;
- д) вазоконстрикторы.

210. Наиболее вероятна анафилаксия в отношении:

- а) гормонов;
- б) наркотических анальгетиков;
- в) препаратов йода;
- г) транквилизаторов;
- д) витаминов.

211. Доминирующим симптомом системной анафилаксии является:

- а) диссеминированное внутрисосудистое свертывание;
- б) кардиогенный шок;
- в) гипертонический криз;
- г) сосудистый коллапс;
- д) судороги.

212. Острое нарушение внешнего дыхания характеризуется: 1. цианозом; 2. выраженной тахикардией; 3. ортопноэ; 4. одышкой; 5. пальцами болями в сердце. Выберите правильный ответ по схеме:

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

213. Тремя признаками, достаточными для диагностики состояния клинической смерти, являются: 1 апноэ; 2 асистолия; 3 арефлексия; 4 широкий зрачок; 5 отсутствие роговичного рефлекса. Выберите правильный ответ по схеме:

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

214. При диагностике апноэ используют: пробу с ватой; пробу с зеркалом; визуальный контроль экскурсии грудной клетки; прием «смотри, слушай и чувствуй». Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

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

215. При неэффективности приемов, способствующих удалению инородных тел из дыхательных путей, производят:

- а) трахеотомию;
- б) трахеостомию;
- в) коникотомию;
- г) цистотомию;
- д) остеотомию.

216. Рассечение щито-перстневидной мембраны является целью выполнения операции:

- а) трахеотомию;
- б) трахеостомию;
- в) коникотомию;
- г) цистотомию;
- д) остеотомию.

217. Соотношение «выдох\компрессия» при реанимации вдвоем составляет:

- а) 1:10 при частоте 60 в 1 минуту;
- б) 1:7 при частоте 60 в 1 минуту;
- в) 1:5 при частоте 80 в 1 минуту;
- г) 2:15 при частоте 80 в 1 минуту;
- д) 2:30 при частоте 80 в 1 минуту.

218. Из применяемых при клинической смерти лекарственных средств кардиотоническими средствами являются: адреналина гидрохлорид; кордиамин; кальция хлорид; преднизолон; лидокаин. Выберите правильный ответ по схеме:

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

219. При клинической смерти предпочтение должно быть отдано следующим путям введения лекарств: внутривенному; интратрахеальному; подъязычному; внутрисердечному; п/к; б. внутримышечному. Выберите правильный ответ по схеме:

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

220. Внутривенное введение препаратов осуществляют, выполняя следующие этапы: тщательно дезинфицируют кожу 70% спиртом; пунктируют вену; потягивают поршень на себя до появления крови; медленно вводят лекарство; тампон со спиртом на место инъекции. Выберите правильный ответ по схеме:

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

221. Измерение АД предполагает выполнение следующих правил: 1 система для измерения АД должна быть полностью герметичной; 2. перед измерением АД необходимо добиться расслабления пациента; 3. если плечо слишком полное, манжету надевают на предплечье; 4. в положении сидя плечо должно располагаться выше уровня 5. допустимо нахождение ткани одежды под манжетой. Выберите правильный ответ по схеме:

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

если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

222. Показаниями к проведению общей анестезии является: 1 страх перед стоматологическими вмешательствами; 1 заболевания центральной нервной системы, 2. сопровождающиеся психическими расстройствами. 3 сердечно-сосудистые заболевания; невозможность проведения местного обезболивания; непереносимость лидокаина; аллергия на антибиотики; Выберите правильный ответ по схеме:

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

223. К методам рефлекторного обезболивания в амбулаторной практике относятся:
- а) аккупунктура;
 - б) акупрессура;
 - в) дорсанвализация;
 - г) чрезкожная электронейростимуляция;
 - д) электрофорез.
224. Уровень резистентности организма к кариозному процессу снижают:
- а) зубные отложения;
 - б) различные общие заболевания, связанные с нарушением регуляции обменных процессов в организме;
 - в) углеводы пищи;
 - г) недостаточное содержание фтора в питьевой воде;
 - д) все вышеперечисленное.
225. При начальном кариесе в эмали происходит:
- а) нарушение белковой матрицы эмали;
 - б) дисминерализация и реминерализация;
 - в) деминерализация эмали;
 - г) нарушение связи между белковыми и минеральными компонентами эмали;
 - д) резорбция эмали.
226. Кутикула представляет собой:
- а) производное гликопротеинов слюны;
 - б) редуцированные клетки эпителия эмалевого органа;
 - в) скопление микроорганизмов и углеводов;
 - г) совокупность микроорганизмов, содержащих хлорофилл;
 - д) скопление микроорганизмов с органическими компонентами.
227. К минерализованным отложениям относятся:
- а) наддесневой и поддесневой зубной камень;
 - б) пищевые остатки;
 - в) мягкий зубной налет;
 - г) налет курильщика;
 - д) налет разного происхождения.
228. Очищающее действие зубных паст обеспечивает компоненты:
- а) связующими;
 - б) абразивными;
 - в) пенообразующими;
 - г) ароматизирующими;
 - д) лечебными.
229. Противокариозным действием обусловлено наличие в зуб-ных пастах:
- а) фторид натрия;
 - б) триклозан;
 - в) бикарбонат натрия;
 - г) ксилитол;
 - д) альгитат натрия.
230. В качестве абразивных компонентов в состав зубных паст используют:
- а) монофторфосфат натрия;
 - б) хлоргексидин;
 - в) пирофосфаты;
 - г) формальдегид;
 - д) карбонат кальция.
231. Гигиенические зубные пасты содержат в своем составе:
- а) абразивные компоненты;
 - б) солевые добавки;
 - в) экстракты лекарственных растений;
 - г) фториды;
 - д) подсластители.
232. Для начала образования кислоты бактериальной биопленкой употребления сладкой пищи необходимо:
- а) несколько секунд;
 - б) 10 минут;
 - в) 15 минут;
 - г) 20 минут;
 - д) 1 час.

233. Основным фактором риска возникновения кариеса является:
- а) высокое содержание фторида в питьевой воде;
 - б) неудовлетворительная гигиена полости рта;
 - в) сопутствующие заболевания;
 - г) социальный фактор;
 - д) нерациональное питание.
234. Чаще подвергаются деминерализации участки зубов в области:
- а) шейки;
 - б) фиссур;
 - в) бугров;
 - г) контактных поверхностей;
 - д) режущего края.
235. Одонтотропным действием обладают препараты:
- а) сульфаниламидные;
 - б) препараты гидроксида кальция;
 - в) антибиотики и антисептики;
 - г) кортикостероидные;
 - д) эвгенол
236. При глубоком кариесе наиболее рациональны прокладочные материалы:
- а) противовоспалительного действия;
 - б) антимикробного действия;
 - в) на основе глюкокортикоидов;
 - г) одонтотропные;
 - д) индифферентные
237. С целью отсроченного пломбирования, при лечении глубокого кариеса, следует применять:
- а) искусственный дентин, окись цинка с водой, виноксил;
 - б) фосфат цемента;
 - в) метод серебрения;
 - г) цинк-эвгенольную пасту, пасту с гидроокисью кальция;
 - д) пасту с антибиотиками.
238. Для реминерализующей терапии используют раствор «Ремодента» в концентрации:
- а) 1%;
 - б) 3%;
 - в) 5%;
 - г) 10%;
 - д) 30%.
239. Герметизацию фиссур показано проводить после прорезывания зуба:
- а) сразу;
 - б) через 6-8 месяцев;
 - в) через 2-3 года;
 - г) через 4-6 лет;
 - д) в течение всей жизни.
240. Минерализация фиссур постоянных моляров заканчивается после прорезывания зуба:
- а) сразу;
 - б) через 6 месяцев;
 - в) через 2-3 года;
 - г) через 5-6 лет;
 - д) через 10-12 лет.
241. Для герметизации фиссур зубов лучше использовать материалы:
- а) силанты;
 - б) стеклоиономерные цементы;
 - в) фосфат-цементы;
 - г) компомеры;
 - д) любые пломбировочные материалы.
242. Метод тоннельного препарирования применяется для лечения кариозных полостей:
- а) 1 класс по Блеку;
 - б) 2 класс по Блеку;
 - в) 3 класс по Блеку;
 - г) 4 класс по Блеку;
 - д) 5 класс по Блеку.

243. Флоссы рекомендуется применять для удаления зубного налета с поверхностей зубов:
- а) вестибулярных;
 - б) окклюзионных;
 - в) аппроксимальных;
 - г) оральных;
 - д) всей поверхности зуба.
244. Зубочистки наиболее целесообразно использовать для удаления:
- а) зубного налета с гладких поверхностей зубов;
 - б) зубного налета с контактных поверхностей зубов;
 - в) остатков пищи из межзубных промежутков;
 - г) наддесневого зубного камня;
 - д) поддесневого зубного камня.
245. Наиболее резистентны к кариесу участки эмали в области:
- а) шейки;
 - б) контактных поверхностей;
 - в) бугров, режущего края;
 - г) вестибулярных поверхностей;
 - д) фиссур.
246. Для повышения процессов реминерализации эмали показаны:
- а) витамины;
 - б) фтор;
 - в) препараты содержащие декстраназу
 - г) гормоны;
 - д) микроэлементы.
247. Пелликула зуба образована:
- а) коллагеном;
 - б) кератином;
 - в) гликопротеидами слюны;
 - г) редуцированными клетками эпителия эмалевого органа;
 - д) скоплением микроорганизмов.
248. При высокоуглеводной диете наблюдается:
- а) гипосаливация;
 - б) гиперсаливация;
 - в) повышение резистентности эмали к действию кислот;
 - г) увеличение Са/Р соотношения;
 - д) самоочищение зубов.
249. В местности с умеренным климатом, где содержание фторида в питьевой воде составляет 0,8 мг/л, для профилактики кариеса наиболее приемлемым будет:
- а) применение таблеток;
 - б) применение фторированного молока;
 - в) чистка зубов фторсодержащими зубными пастами;
 - г) фторирование питьевой воды в школах;
 - д) полоскания полости рта фторсодержащими эликсирами.
250. С целью уменьшения кровоточивости десен пациентам следует рекомендовать использовать зубную пасту содержащую:
- а) фторид натрия;
 - б) карбонат кальция;
 - в) экстракты лекарственных растений;
 - г) карбамид;
 - д) формальдегид.
251. Пенообразующим компонентом в составе зубной пасте является:
- а) дикальцийфосфат;
 - б) лаурилсульфат натрия;
 - в) полиэтиленгликоль;
 - г) гидроколлоиды;
 - д) карбамид.
252. Оптимальная концентрация фторида в питьевой воде в районах с умеренным климатом составляет мг/л:
- а) 0,5;
 - б) 0,8;
 - в) 1,0;

- г) 1,2;
- д) 1,5.

253. Форма кариозного поражения относится к 1 классу по классификации Г. Блэка:

- а) все полости, охватывающие оральную, жевательную и 2/3 вестибулярных поверхностей моляров и премоляров, а также оральную передних зубов;
- б) все полости на проксимальных поверхностях моляров и премоляров;
- в) все полости на проксимальных поверхностях передних зубов;
- г) все полости на проксимальных поверхностях и углах передних зубов;
- д) все полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности зубов.

254. Форма кариозного поражения относится ко 2 классу по классификации Г. Блэка:

- а) все полости, охватывающие оральную, жевательную и 2/3 вестибулярных поверхностей моляров и премоляров, а также оральную сторону передних зубов;
- б) все полости на проксимальных поверхностях моляров и премоляров.
- в) все полости на проксимальных поверхностях передних зубов;
- г) все полости на проксимальных поверхностях и углах передних зубов;
- д) все полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности

255. Форма кариозного поражения относится к 3 классу по классификации Г. Блэка если имеет полости:

- а) охватывающие оральную, жевательную и 2/3 вестибулярных поверхностей моляров и премоляров, а также оральную сторону передних зубов;
- б) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров;
- в) на проксимальных поверхностях передних зубов;
- г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов;
- д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов.

256. Форма кариозного поражения относится к 4 классу по классификации Г. Блэка если имеет полости:

- а) охватывающие оральную, жевательную и 2/3 вестибулярных поверхностей моляров и премоляров, а также оральную сторону передних зубов;
- б) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров;
- в) на проксимальных поверхностях передних зубов;
- г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов;
- д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов.

257. Форма кариозного поражения относится к 5 классу по классификации Г. Блэка если имеет полости:

- а) охватывающие оральную, жевательную и 2/3 вестибулярных поверхностей моляров и премоляров, а также оральную сторону передних зубов;
- б) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров;
- в) на проксимальных поверхностях передних зубов;
- г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов;
- д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов;

258. Недостаток композиционных материалов является самым существенным:

- а) частые сколы;
- б) изменение цвета;
- в) неудобство при внесении в полость;
- г) нарушение краевого прилегания;
- д) полимеризационная усадка.

259.. При появлении постоперативной чувствительности необходим и мо:

- а) депульпировать зуб;
- б) тщательно отполировать пломбу;
- в) подождать 2 недели и при отсутствии положительной динамики перепломбировать зуб, используя прокладку из СИ Ц;
- г) обработать реставрацию фторсодержащим препаратом;
- д) удалить зуб.

260.. Свойства СИЦ препятствующие их использованию при пломбировании полостей 2 класса:

- а) низкая токсичность;
- б) способность выделять ионы фтора в окружающие ткани;
- в) хрупкость;
- г) низкая полимеризационная усадка;
- д) химическая адгезия к твердым тканям зуба.

261. При пломбировании композиционными материалами скос эмали формируют с целью:

- а) увеличения площади сцепления;
- б) химической связи композиционного материала с эмалью;
- в) равномерного распределения нагрузки на ткани зуба;
- г) улучшения полирования композита;
- д) улучшения отдаленных результатов пломбирования.

262. Абсолютная изоляция зуба от слюны достигается при использовании
- а) ватных валиков;
 - б) валиков и слюноотсоса;
 - в) мини-дама, валиков, слюноотсоса;
 - г) коффердама (рабердама);
 - д) матриц и клиньев.
263. При применении одно- и двухкомпонентных адгезивных систем необходимо:
- а) протравливать эмаль и дентин 15 сек.;
 - б) протравливать эмаль 30-60 сек.;
 - в) протравливать эмаль и дентин 30-60 сек.;
 - г) протравливать эмаль 30 сек., а дентин — 15 сек.;
 - д) не имеет значения.
264. Назовите сроки обработки амальгамы после ее наложения:
- а) 1-7 дней;
 - б) 14 дней;
 - в) 12 часов;
 - г) 30 дней;
 - д) 6 месяцев.
265. Эффект мимикрии в композите зависит:
- а) от бондинг-системы;
 - б) от состава и времени протравки;
 - в) от правильного формирования и пломбирования полости;
 - г) от формы, размера и вида наполнителя;
 - д) от времени отверждения.
266. Положительными свойствами СИЦ являются:
- а) высокая биологическая совместимость;
 - б) химическая адгезия к твердым тканям зуба;
 - в) минимальная усадка;
 - г) кариесстатический эффект;
 - д) все выше перечисленное.
- 267.. Укажите патологию твердых тканей зуба, возникающую период их развития:1)эрозия зубов;2)гипоплазия, гиперплазия эмали, флюороз;3) кислотный некроз;4)клиновидный дефект;5)наследственные нарушения развития зубов. Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 5;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5
- 268.. После прорезывания зубов возникают?
- а) травма, эрозия зубов, клиновидный дефект;
 - б) флюороз зубов;
 - в) гипоплазия эмали;
 - г) гиперплазия эмали;
 - д) наследственные нарушения развития зубов.
- 269.. Назовите формы клинического проявления гипоплазии эмали.
- а) пятнистая;
 - б) штриховая, чашеобразная;
 - в) эрозивная;
 - г) бороздчатая;
 - д) все выше перечисленное.
270. Решающим при дифференциальной диагностике кариеса стадии пятна и флюороза является:
- а) локализация процесса;
 - б) симметричность поражения;
 - в) консистенция поверхности пятна;
 - г) прогрессирование процесса;
 - д) системность поражения.
271. 05.60.Пятнистую форму системной гипоплазии следует дифференцировать:
- а) с пятнистой формой флюороза и местной гипоплазии, кариесом в стадии пятна;
 - б) поверхностным кариесом;
 - в) штриховой формой гипоплазии;

- г) штриховой формой флюороза;
- д) меловидно-крапчатой формой флюороза.

272. Эрозивную форму гипоплазии следует дифференцировать:1)с меловидно-крапчатой и эрозивной формой флюороза; 2) поверхностным и средним кариесом;3)клиновидным дефектом;4)глубоким кариесом;5)патологической стираемостью зубов.Выберите правильный ответ по схеме:

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

273. Для клиновидного дефекта характерно:

- а) появление после прорезывания зубов;
- б) локализация в пришеечной области;
- в) характерная форма клина;
- г) редкое развитие гиперестезии;
- д) все выше перечисленное.

274. Для лечения гиперестезии твердых тканей зубов применяют:1)3% раствор дикаина, жидкость Платонова;2)глубокое фторирование;3)препараты серебра;4)десенситайзеры (SealandProtect, GlumaDesensitizer);5)фторлак.Выберите правильный ответ по схеме:

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

275. При общем лечении постлучевого некроза твердых тканей зубов применяют:1)антиоксиданты;2)препараты кальция и поливитамины;3)гормональные препараты;4)анестетики;5)десенсибилизирующие препараты.Выберите правильный ответ по схеме:

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

276. Положительными свойствами серебряной амальгамы являются:

- а) высокая прочность и твердость, пластичность;
- б) отсутствие адгезии к твердым тканям зуба;
- в) изменение объема при твердении;
- г) высокая теплопроводность;
- д) отсутствие раздражающего действия на пульпу.

277. При препарировании кариозной полости скос эмали (фалц) формируется:

- а) всегда;
- б) не формируется в полостях 3 класса;
- в) не формируется в полостях 5 класса;
- г) не формируется никогда;
- д) не формируется на окклюзионной поверхности.

278. К компомерам относится:

- а) Evicrol;
- б) Herculite XRV;
- в) Revolution;
- г) Dyract AP
- д) Vitremer.

279. Положительными свойствами микрофилов являются:

- а) хорошая полируемость и стойкость глянцевої поверхности;
- б) высокая цветостабильность;
- в) эластичность;
- г) низкий абразивный износ;
- д) все выше перечисленное.

280. Отрицательными свойствами микрогибридных композитов являются:

- а) не идеальное качество поверхности (хуже, чем у микрофилов);
- б) сложность клинического применения;
- в) недостаточная прочность и пространственная стабильность при пломбировании обширных дефектов 2 и 4 классов;
- г) трудоемкость моделирования пломбы и заполнения материалом ретенционных углублений и придесневой стенки;

д) все выше перечисленное.

281. Наиболее ценным качеством текучих композитов является:

- а) высокая прочность;
- б) отличные эстетические характеристики;
- в) высокая эластичность, тиксотропность;
- г) низкая полимеризационная усадка;
- д) высокая пространственная стабильность.

282. К текучим композитам относятся: 1. FiltekFlow; 2. SureFill; 3. FlowLine; 4. TetricCeram; 5. Durafil. Выберите правильный ответ по схеме:

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

283. Выберите материал, относящийся к группе СИЦ двойного отверждения.

- а) Silux Plus;
- б) Vitremer;
- в) Time Line;
- г) Revolution;
- д) DyractFlou.

284. При реставрации дефектов 5 класса предпочтительно использование:

- а) амальгамы;
- б) традиционных микрогибридов;
- в) стеклоиономерных цементов;
- г) текучих композитов и компомеров, микрофилов;
- д) макрофилов.

285. При пломбировании глубокой кариозной полости 1 класса базовая прокладка ставится:

- а) из фосфат-цемента;
- б) поликарбоксилатного цемента;
- в) гибридного СИЦ двойного отверждения;
- г) силико-фосфатного цемента;
- д) гибридного СИЦ тройного отверждения.

286. При пломбировании полостей 3-4 классов линейная прокладка ставится:

- а) из фосфатцемента;
- б) компомера;
- в) традиционного СИЦ;
- г) гибридного СИЦ двойного отверждения;
- д) не имеет значения.

287. Наиболее эффективной у детей при лечении среднего кариеса у детей с третьей степенью его активности является:

- а) применение кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки перед устранением дефекта постоянным пломбирочным материалом;
- б) применение лечебной прокладки из фосфат-цемента, содержащего серебро;
- в) применение в первое посещение раствора антибиотиков под временную повязку, а во второе - кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки;
- г) отсроченный метод лечения, заключающийся в наложении цинкоксидаэвгеноловой пасты сроком на 6-8 недель;
- д) не названа.

288. Форма кариеса наиболее часто встречается во временных зубах:

- а) глубокий кариес;
- б) кариес в стадии пятна;
- в) средний кариес;
- г) поверхностный кариес;
- д) все формы встречаются одинаково часто.

289. Для лечения среднего кариеса временных зубов используется:

- а) препарирование кариозной полости, восстановление анатомической формы зуба пломбой из фосфат-цемента;
- б) препарирование кариозной полости, восстановление анатомической формы зуба пломбой из стеклоиономерного цемента;
- в) щадящее препарирование кариозной полости, отсроченное пломбирование цинкоксидаэвгеноловой пастой на срок 6-8 недель;
- г) препарирование кариозной полости, кальцийсодержащая прокладка, восстановление анатомической формы зуба;
- д) серебрение дна и стенок полости без последующего пломбирования.

290. Укажите клинические признаки, не характерные для быстротекущего кариеса временных зубов:
- распространение процесса деминерализации быстрее по поверхности зуба, чем в глубину;
 - дентин светлый, влажный, легко удаляется экскаватором;
 - эмаль в центре поражения разрушена, по краям дефекта хрупкая, подрытая;
 - отлом коронки фронтальных зубов, вследствие циркулярного распространения кариозного процесса;
 - кариозный дентин коричневого цвета, сухой, с трудом удаляется экскаватором.
291. Удалять весь кариозный дентин со дна кариозной полости во временных зубах:
- следует, т.к. остатки размягченного инфицированного дентина будут способствовать развитию пульпита;
 - следует, т.к. адгезия пломбировочных материалов к размягченному дентину, оставшемуся на дне, будет плохой, что приведет к выпадению пломбы;
 - не следует, т.к. возможна реминерализация размягченного дентина под действием лечебных одонтогенных препаратов, накладываемых на определенный срок;
 - не следует, т.к. образования заместительного дентина во временных зубах не происходит. Возможно развитие осложнений;
 - не следует. Достаточно обработать полость антисептически и запломбировать материалом, не токсичным для тканей пульпы.
292. При формировании дна кариозной полости I класса у детей опасно применять бор:
- фиссурный;
 - пламевидные;
 - обратноконусный;
 - шаровидный;
 - ВАТТ-бор.
293. Укажите рациональный способ лечения глубоких кариозных полостей временных моляров у детей младшего возраста:
- тщательная механическая обработка с обязательным вскрытием полости зуба и наложением девитализирующих средств;
 - щадящее препарирование, проведение отсроченного пломбирования;
 - щадящее препарирование, пломбирование СИЦ;
 - ручное или машинное препарирование полости, наложение кальцийсодержащей прокладки, пломбирование СИЦ;
 - механическая обработка полости, наложение лечебной прокладки, пломбирование силико-фосфатными цементами.
294. Показатели интенсивности кариеса у детей в возрасте 7-10 лет, при первой степени активности кариеса:
- КПУ+кп до 4;
 - КПУ+кп до 5;
 - КПУ+кп до 6;
 - КПУ+кп 6-8;
 - КПУ+кп 7-9.
295. Исход лечения начального кариеса считается успешным:
- пигментация пятна;
 - уменьшение размеров пятна;
 - ослабление прокрашиваемости пятна;
 - исчезновение пятна;
 - любой из указанных.
296. Чаще всего кариесом поражаются у детей в возрасте до двух с половиной лет:
- гладкие поверхности резцов верхней и нижней челюсти;
 - жевательные поверхности моляров;
 - вестибулярные поверхности клыков;
 - контактные поверхности временных моляров;
 - любой участок эмали.
297. Тактика при лечении кариеса временного моляра, имеющего глубокую кариозную полость, чувствительную, после проведения щадящей некротомии, при зондировании в области дна, реагирующей на температурные раздражители, у ребенка 4 лет, с индексом кп=8:
- препарирование полости и пломбирование цементом в одно посещение;
 - проведение отсроченного пломбирования цинкоксидаэвгеноловой пастой, после уплотнения дна - постоянное пломбирование СИЦ;
 - вскрытие полости зуба и наложение девитализирующего средства;
 - лечение методом витальной ампутации;
 - наложение диагностической повязки с гидроокисью кальция под временную пломбу; при отсутствии болезненных симптомов - постоянное пломбирование.
298. Степень активности кариозного процесса у детей определяется на основании:
- количества кариозных полостей;
 - количества кариозных зубов;
 - прироста кариозных полостей;
 - прироста кариозных зубов через год;

- д) на основании совокупности всего перечисленного.
299. Тактика при случайной перфорации дна кариозной полости временного моляра у ребенка 5 лет имеющего низкий уровень интенсивности кариеса:
- а) лечение биологическим методом - наложение кальцийсодержащей прокладки и пломбирование;
 - б) лечение методом витальной ампутации;
 - в) лечение методом девитальной ампутации;
 - г) удаление зуба;
 - д) отсроченное пломбирование.
300. В начале механической обработки глубокой кариозной полости постоянного сформированного зуба, чтобы не допустить осложнения - перфорации дна необходимо предпринять:
- а) выбрать большие шаровидные боры для некротомии в области дна;
 - б) установить небольшую скорость вращения бора (3000 об/мин);
 - в) к обработке дна приступать только после удаления нависающих краев и расширения входного отверстия полости;
 - г) не оказывать во время препарирования большого давления на бор;
 - д) проводить индикацию размягченного дентина в области дна.
301. Для устранения симптомов травматического верхушечного периодонтита, возникшего как осложнение в результате лечения среднего кариеса постоянного сформированного моляра у ребенка 12 лет достаточно провести:
- а) выполнить эндодонтическое лечение;
 - б) заменить пломбу;
 - в) устранить избыток пломбы, препятствующий окклюзии;
 - г) удалить зуб;
 - д) полностью вывести зуб из прикуса.
302. Профилактику кариеса зубов необходимо осуществлять:
- а) в детском возрасте;
 - б) у подростков;
 - в) у беременных;
 - г) у взрослых;
 - д) на протяжении всей жизни человека.
303. У ребенка 5 лет кариозная полость II класса в 75 зубе, какому методу лечения вы отдадите предпочтение:
- а) пломбирование стеклоиономерным цементом;
 - б) реставрация композиционным материалом химического отверждения с прокладкой из стеклоиономерного цемента;
 - в) пломбирование силидентом с прокладкой из цинк-фосфатного цемента;
 - г) пломбирование стеклоиономерным цементом, затем покрыть зуб стандартной тонкостенной металлической коронкой;
 - д) покрыть зуб стандартной тонкостенной металлической коронкой.
304. Наиболее эффективной при лечении среднего кариеса у детей с третьей степенью его активности является методика:
- а) применение кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки перед устранением дефекта постоянным пломбировочным материалом;
 - б) применение лечебной прокладки из фосфатцемента, содержащего серебро;
 - в) применение в первое посещение раствора антибиотиков под временную повязку, а во второе посещение – кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки;
 - г) отсроченный метод лечения, заключающийся в наложении эвгеноловой пасты, сроком на 1-1,5 мес.;
 - д) не названа.
305. Для лечения начальных форм кариеса временных зубов применяют:
- а) антисептики;
 - б) фтористое и азотнокислое серебро;
 - в) гемостатики;
 - г) биологически активные вещества;
 - д) антибиотики.
306. Показатели интенсивности кариеса у детей в возрасте 15-18 лет трактуемые как первая степень его активности:
- а) КПУ+кп до 4;
 - б) КПУ+кп до 5;
 - в) КПУ+кп до 6;
 - г) КПУ+кп 6-8;
 - д) КПУ+кп 7-9.
307. Показатели интенсивности кариеса у детей в возрасте 15-18 лет трактуемые как вторая степень его активности?
- а) А) КПУ+кп до 4;
 - б) Б) КПУ+кп до 5;
 - в) В) КПУ+кп до 6;
 - г) Г) КПУ+кп 6-8;
 - д) Д) КПУ+кп 7-9;

308. Показатели интенсивности кариеса у детей в возрасте 15-18 лет трактуемые как третья степень его активности?
- КПУ+кп более 9;
 - КПУ+кп до 5;
 - КПУ+кп до 6;
 - КПУ+кп 6-8;
 - Д КПУ+кп 7-9;
309. Какие меры необходимо предпринимать для профилактики повреждения пульпы во время лечения кариеса?
- избегать излишнего удаления твердых тканей зуба;
 - препарировать кариозную полость с применением воздушного или водяного охлаждения;
 - не проводить чрезмерно интенсивную полировку пломбы;
 - избегать продолжительного контакта вращающегося бора с зубной тканью;
 - сочетание всего перечисленного с применением нетоксичных и не раздражающих медикаментов и пломбирочных материалов.
310. После лечения кариеса зубов могут возникать: 1осложнения воспаление и некроз пульпы;2вторичный кариес;3папиллит;4травматический верхушечный периодонтит;5нарушение окклюзии. Выберите правильный ответ по схеме:
- если правильны ответы 1,2 и 3;
 - если правильны ответы 1 и 3;
 - если правильны ответы 2 и 4;
 - если правильный ответ 4;
 - если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
311. Причиной некроза пульпы, возникшего вследствие лечения кариеса, являются:1. травматичная обработка дна глубокой кариозной полости;2. перегрев дентина при работе бором без охлаждения;3. обработка дна кариозной полости токсичными или раздража-ющими пульпу препаратами;4. недостаточная изоляция дна кариозной полости от воздействия токсичных пломбирочных материалов;5. отказ от использование прокладок при композитных пломбах .Выберите правильный ответ по схеме:
- если правильны ответы 1,2 и 3;
 - если правильны ответы 1 и 3;
 - если правильны ответы 2 и 4;
 - если правильный ответ 4;
 - если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
312. Решающим в дифференциальной диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита является:
- характер болей;
 - термометрия;
 - зондирование;
 - электроодонтометрия;
 - фактор времени.
313. При хроническом фиброзном пульпите лучше всего при-менить метод:
- сохранение жизнеспособности всей пульпы зуба;
 - витальная ампутация;
 - витальная экстирпация;
 - девитализация;
 - удаление зуба.
314. Решающим в дифференциальной диагностике острого общего и частичного пульпита является:
- характер болей; -
 - термометрия;
 - электрометрия;
 - перкуссия;
 - фактор времени.
315. Дифференциальную диагностику острого общего пульпита и невралгии тройничного нерва определяет:
- характер болей, термометрия;
 - термометрия;
 - электрометрия;
 - перкуссия;
 - зондирование.
316. Клеточный состав пульпы следующий:
- пульпа как соединительная ткань богата присущими ей клетками;
 - кроме клеток, присущих соединительной ткани и специфи-ческих клеток, пульпа содержит малодифференцированные, звездча-тые клетки;
 - клеточный состав пульпы представлен клетками плазмочитарного и макрофагального рядов;
 - близки по составу к эпителиальной ткани;
 - похожа на нервную ткань.

317. В строении корневой и коронковой пульпы имеются различия:
- а) нет, ибо корневая -пульпа является непрерывным продолжением коронковой;
 - б) корневая пульпа значительно отличается от коронковой по строению, ибо она является промежуточной между коронковой пульпой и периодонтитом;
 - в) корневая пульпа незначительно отличается от коронковой, по строению она ближе к ней, чем к периодонту;
 - г) корневая пульпа близка к ткани периодонта;
 - д) коронковая пульпа близка к нервной ткани.
318. В строении коронковой и корневой пульпы отличия состоят:
- а) в особенностях строения волокон соединительной ткани в этих зонах;
 - б) в особенности васкуляризации;
 - в) в соотношении волокон, клеток и межучасточного вещества;
 - г) в особенностях строения соединительной ткани, ее кровоснабжения и иннервации;
 - д) корневая пульпа близка к тканям: периодонтита.
319. Основная функция пульпы:
- а) трофическая, ибо через пульпу осуществляется обмен в твердых тканях зуба;
 - б) пластическая — способность воссоздавать элементы соединительной ткани и заместительной дентин;
 - в) защитная — способность сопротивляться раздражающему агенту;
 - г) пульпа индифферентна по отношению к твердым тканям;
 - д) пульпа безвредна для твердых тканей.
320. Защитная функция пульпы определяется:
- а) деятельностью клеток фибробластического ряда, способных ограничивать воспалительный процесс;
 - б) фагоцитарной активностью клеток;
 - в) способностью одонтобластов вырабатывать заместительный дентин;
 - г) волокнистыми структурами, способными выравнивать рН пульпы;
 - д) тканевым иммунитетом, который определяется совместной деятельностью вышеперечисленных тканевых элементов, а также нейро-рефлекторной и гуморальной регуляцией организма.
321. Решающим при диагностике острого частичного пульпита является:
- а) характер болей;
 - б) термометрия;
 - в) электрометрия;
 - г) перкуссия;
 - д) фактор времени и первичность болей.
322. Решающим в дифференциальной диагностике хронического фиброзного и пролиферативного пульпита является:
- а) характер болей;
 - б) термо- и электрометрия;
 - в) данные осмотра полости;
 - г) электроодонтометрия;
 - д) рентгенография.
323. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром частичном пульпите:
- а) девитализацию пульпы;
 - б) сохранение жизнеспособности всей пульпы;
 - в) витальную ампутацию;
 - г) витальную экстирпацию;
 - д) удаление зуба.
324. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром общем пульпите:
- а) девитализацию пульпы;
 - б) сохранение жизнеспособности всей пульпы;
 - в) витальную ампутацию;
 - г) витальную экстирпацию;
 - д) удаление зуба.
325. При хроническом фиброзном пульпите лучше всего применить:
- а) сохранение жизнеспособности всей пульпы;
 - б) витальную ампутацию;
 - в) витальную экстирпацию;
 - г) девитализацию;
 - д) удаление зуба.
326. При хроническом пролиферативном пульпите наиболее рационален следующий метод лечения:
- а) девитализация;
 - б) витальная ампутация;
 - в) сохранение жизнеспособности всей пульпы;

- г) витальная экстирпация;
 - д) удаление зуба.
327. Наиболее рационален при гангрене коронковой пульпы такой метод лечения как:
- а) девитализация;
 - б) витальная ампутация;
 - в) витальная экстирпация с последующей антисептической об-работкой каналов;
 - г) витальная экстирпация с диатермокоагуляцией пульпы;
 - д) йод- электрофорез.
328. Решающим в дифференциальной диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита является:
- а) характер болей;
 - б) термометрия;
 - в) зондирование;
 - г) электрометрия;
 - д) фактор времени.
329. Скорейшему заживлению культи пульпы после витальной ампутации способствует:
- а) антибиотика;
 - б) гидроокись кальция;
 - в) кортикостероиды;
 - г) эвгенол;
 - д) йод.
330. Лучше всего снимают боль и способствуют ослаблению воспалительной реакции при сохранении жизнеспособности пульпы:
- а) антибиотики;
 - б) гидроокись кальция;
 - в) кортикостероиды;
 - г) эвгенол;
 - д) йод.
331. При биологических методах лечения пульпита возникаю-щие осложнения связаны:
- а) с ошибками в диагнозе;
 - б) с неправильным выбором лекарственного препарата;
 - в) с плохой фиксацией пломбы;
 - г) с нарушением правил асептики;
 - д) с ошибками в технике проведения метода.
332. У детей наиболее эффективным для лечения воспаления пульпы постоянных однокорневых зубов с неполностью сформированной верхушкой корня является метод:
- а) диатермокоагуляции;
 - б) прижизненной ампутации коронковой пульпы;
 - в) глубокой ампутации;
 - г) девитальной ампутации;
 - д) прижизненной экстирпации.
333. После девитальной ампутации с проведением резорцин-формалинового метода при лечении пульпита у ребенка отмечается боль от холодного и горячего и при накусывании на зуб. Объясните причину боли.
- а) произошла грубая механическая травма пульпы во время лечения;
 - б) причина состоит в раздражении пульпы медикаментами;
 - в) произошел некроз пульпы;
 - г) возникло хроническое воспаление корневой пульпы;
 - д) произошел распад корневой пульпы.
334. Метод лечения моляров предпочтительный при хроническом пульпите в стадии обострения у ребенка 5 лет:
- а) биологический;
 - б) витальной ампутации коронковой пульпы;
 - в) высокой ампутации;
 - г) девитальной ампутации;
 - д) девитальной экстирпации.
335. Метод лечения хронического фиброзного пульпита 74 предпочтительный у ребенка 7 лет, страдающего хронической пневмони-ей и повышенной чувствительностью к лекарственным препаратам:
- а) биологический;
 - б) витальной ампутации;
 - в) девитальной ампутации;
 - г) девитальной экстирпации;
 - д) удаление зуба.

336. Большой процент несовпадений клинического и гистологического диагнозов пульпита объясняется:
- несовершенством методов диагностики пульпитов;
 - поздним обращением больных;
 - особенностью клинического течения, выражающегося в зак-рытой полости зуба;
 - гиперэргическим характером воспаления;
 - не назван.
337. Укажите наиболее рациональный метод лечения острого воспаления пульпы в постоянных зубах с незаконченным ростом корней и III степенью активности кариеса:
- биологический;
 - метод, предусматривающий удаление всей пульпы;
 - метод прижизненной ампутации;
 - метод девитальной ампутации;
 - не назван.
338. Укажите наиболее рациональный и эффективный метод лечения воспаления пульпы временных зубов у детей в возрасте от 4 до 7 лет:
- биологический;
 - девитализации с последующей мумификацией;
 - прижизненной ампутации;
 - метод полного удаления (экстирпации) пульпы;
 - не назван.
339. Ведущим при проведении метода прижизненной ампутации является:
- хорошее качество обезболивания;
 - качественное проведение этапа ампутации пульпы;
 - готовность к методу (инструменты, материалы и т.д.);
 - хорошее знание методики лечения;
 - все вышеперечисленное.
340. Укажите, какой из перечисленных этапов метода прижиз-ненной ампутации важен для достижения цели этого метода: 1 формирование кариозной полости; 2 ампутация пульпы; 3 правильное и качественное наложение лекарственных препа-ратов; 4 снятие крышки полости зуба; 5 полноценное пломбирование. Выберите правильный ответ по схеме:
- если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - если правильны ответы 1 и 3;
 - если правильны ответы 2 и 4;
 - если правильный ответ 4;
 - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.
341. В случае болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала в зубе с давно выпавшей пломбой, ранее леченном по поводу пульпита, если на рентгенограмме в области верхушки определяется разрежение костной ткани с нечеткими неровными контурами требуется:
- удалить зуб, ибо в дальнейшем костная ткань резорбирует дентин и цемент зуба;
 - применить девитализирующую пасту, поскольку лечить такой зуб надо как пульпитный;
 - провести диатермокоагуляцию и непосредственное пломбирование;
 - провести под обезболиванием тщательную инструментальную и медикаментозную обработку и запломбировать канал;
 - не названа.
342. Основные свойства коллагеновых волокон периодонта:
- удерживают зуб в правильном положении, равномерно распределяя давление на стенки альвеолы;
 - способны набухать в кислой среде, окрашивая ее;
 - создают благоприятные условия для фагоцитоза при воспа-лении;
 - обеспечивают физиологическую подвижность зуба;
 - устойчивы к переваривающему действию тканевых фермен-тов и играют большое значение в репаративных процессах.
343. Решающим тестом в дифференциальной диагностике острого периодонтита и пульпита являются:
- перкуссия;
 - электроодонтодиагностика, термометрия; *
 - характер болей;
 - термометрия;
 - рентгендиагностика.
344. Сроки регенерации тканей периодонта сокращают:
- кортикостероидные гормоны;
 - антибиотики и слабые антисептики;
 - пиримидиновые основания;
 - ферменты;
 - гидроксилапатит с коллагеном.

345. Сроки регенерации тканей периодонта сокращает применение средств:
- а) кортикостероидные гормоны;
 - б) антибиотики и слабые антисептики;
 - в) пиридиновые основания;
 - г) ферменты;
 - д) гидроксипапатит с коллагеном.
346. Наибольшие трудности для достижения верхушечного отверстия и подготовки к пломбированию 16 или 26 зуба представляет?
- а) дистальный небный;
 - б) медиальный щечный;
 - в) щечный;
 - г) дистальный щечный;
 - д) небный.
347. Принятая рабочая длина корневого канала:
- а) точно соответствует анатомической длине зуба;
 - б) короче на 1 мм, чем анатомическая длина зуба;
 - в) длиннее на 1 мм, чем анатомическая длина зуба;
 - г) иногда равна длине глубиномера (по субъективным ощущениям);
 - д) всегда равна длине глубиномера (по субъективным ощущениям).
348. Корневая пломба должна:
- а) достигать верхушечной трети канала;
 - б) достигать верхушечного отверстия по рентгенологической оценке;
 - в) быть на 1-2 мм дальше верхушечного отверстия;
 - г) располагаться на 1 мм до верхушечного отверстия по рентгено-логической оценке;
 - д) достигать уровня дентино-цементного соединения.
349. Полип пульпы может возникнуть:
- а) при остром пульпите;
 - б) при хроническом открытом пульпите;
 - в) при некрозе пульпы;
 - г) при хроническом закрытом пульпите;
 - д) при хроническом периапикальном поражении.
350. Чаще всего бессимптомны:
- а) острый пульпит;
 - б) хронический открытый пульпит;
 - в) хронический закрытый пульпит;
 - г) дентикл;
 - д) полип пульпы.
351. Перекись водорода действует на распад в канал за счет:
- а) высушивающий эффект;
 - б) термический эффект;
 - в) декальцификация дентина;
 - г) высвобождение активного кислорода;
 - д) образование кислоты при контакте с распадом.
352. Серебряные штифт предназначены прежде всего для улучшения герметичности пломбирования:
- а) широких каналов;
 - б) каналов с несформированными верхушками;
 - в) каналов с резецированными верхушками;
 - г) хорошо проходимых, но не очень широких каналов с различной степенью изгибов;
 - д) плохо проходимых каналов.
353. Чтобы снизить риск возможности перфорации искривленного канала необходимо:
- а) заранее согнуть кончик инструмента перед введением в канал;
 - б) выбрать инструмент соответственно толщине канала;
 - в) вообще отказаться от расширения канала;
 - г) воспользоваться исключительно только химическими средствами расширения канала;
 - д) использовать только римеры.
354. Абсолютным противопоказанием к эндодонтическому лечению является:
- а) сахарный диабет;
 - б) недостаточность функции надпочечников;
 - в) лучевая терапия;
 - г) недавно перенесенный инфаркт миокарда;

- д) аллергия.
355. Согласно общему плану лечения, лечебные мероприятия (кроме неотложных случаев) нужно начинать с:
- а) выявления кариеса;
 - б) лечение заболеваний пародонта;
 - в) профессиональная гигиена полости рта;
 - г) эндодонтическое лечение;
 - д) удаление зубов, которые нельзя сохранить.
356. Важным критерием отбора зуба для лечения в одно посещение является:
- а) отсутствие жалоб;
 - б) однокорневой зуб;
 - в) многокорневой зуб;
 - г) некроз пульпы;
 - д) боль при перкуссии.
357. Рентгенологические признаки деструкции кости можно определить, если:
- а) правильно выполнен снимок и проявлена пленка;
 - б) в периапикальной области имеется резорбция губчатой кости;
 - в) проявку выполнит с контролем времени и температуры;
 - г) происходит резорбция внутренней или наружной кортикальной кости;
 - д) исследование проведено с помощью радиовизиографии.
358. Наиболее широко приемлемым внутриканальным ирригантом имеющим оптимальные очищающие и бактерицидные свойства, является:
- а) формакрезол;
 - б) перекись водорода;
 - в) стерильный физраствор;
 - г) гипохлорит натрия;
 - д) хлоргексидин.
359. Проверка проходимости канала (рекапитуляция) это:
- а) последовательное использование инструментов возрастающих размеров для расширения канала;
 - б) удаление дентинных опилок инструментом меньшего размера, чем окончательный инструмент для обработки апикальной части канала в сочетании с обильной ирригацией;
 - в) использование файла № 35 для очистки апекса;
 - г) опиливающие движения Н — файла;
 - д) использование flexo - инструментов.
360. Инструмент используемый при пломбировании корневых каналов методом латеральной конденсации холодной гуттаперчи:
- а) плагер;
 - б) ример;
 - в) лентуло;
 - г) корневая игла;
 - д) спредер.
361. Инструмент используемый при пломбировании корневых каналов методом вертикальной конденсации разогретой гуттаперчи:
- а) лентуло;
 - б) файл № 35;
 - в) зонд;
 - г) спредер;
 - д) плагер.
362. Основные требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов:
- а) легко вводится в корневой канал;
 - б) обладать медленным отверждением;
 - в) не обладать токсическим, аллергическим, мутагенным и канцерогенным действием;
 - г) не окрашивает ткани зуба;
 - д) при необходимости легко извлекаться из канала
363. Эпоксидным является:
- а) Endomethasone;
 - б) Ketac - Endo;
 - в) Arxlin;
 - г) Sealapex;
 - д) AH - 26.
364. При отсутствии реакции на ток 100 мкА можно предположить:

- а) средний кариес;
 - б) интактный зуб;
 - в) хронический периодонтит;
 - г) гангренозный пульпит;
 - д) глубокий кариес.
365. Наименьший коэффициент периапикального рассасывания дает:
- а) метод пломбирования одним штифтом;
 - б) пломбирование одной пастой;
 - в) пломбирование с использованием серебряных штифтов;
 - г) пломбирование корневых каналов с использованием системы «Термафил»;
 - д) метод латеральной конденсации.
366. При остром гнойном периодонтите преобладают микроорганизмы:
- а) аэробы;
 - б) ассоциации аэробов и факультативных анаэробов;
 - в) ассоциации аэробов и облигатных анаэробов;
 - г) ассоциации факультативных и облигатных анаэробов;
 - д) факультативные анаэробы.
367. Наиболее оптимальным для закрытия перфорации корня является:
- а) фосфат-цемент;
 - б) стеклоиономерные цементы;
 - в) ProRootMTA;
 - г) серебряная амальгама;
 - д) препараты на основе гидроксида кальция.
368. В состав корневых силеров вводится гидроксид кальция:
- а) для рентгеноконтрастности;
 - б) для стимуляции дентина — цементогенеза;
 - в) для стимуляции остеогенеза;
 - г) для противовоспалительной терапии;
 - д) для адекватной биосовместимости материала.
369. Укажите основные свойства комплексонов или хелатных веществ, которые используются при инструментальной обработке корневых каналов:
- а) антисептическое действие;
 - б) декальцинация дентина;
 - в) увлажнение канала;
 - г) усиление режущих свойств эндодонтических инструментов;
 - д) противовоспалительное действие.
370. При лечении непроходимых корневых каналов наилучший эффект имеет:
- а) электрофорез;
 - б) диатермокоагуляция;
 - в) депофорез;
 - г) резорцин-формалиновый метод;
 - д) флюктуоризация.
371. Диатермокоагуляцию в корневом канале применяют для:
- а) для стерилизации корневого канала;
 - б) для девитализации пульпы в корневом канале;
 - в) для диатермокоагуляции грануляционной ткани и корневой пульпы;
 - г) для обезболивания;
 - д) все выше перечисленное.
372. Электрофорез это:
- а) применение с лечебной целью электрического тока;
 - б) применение с лечебной целью тока высокой частоты;
 - в) введение лекарственных веществ в ткани посредством постоянного тока;
 - г) введение лекарственных веществ в ткани посредством переменного тока;
 - д) введение лекарственных веществ с помощью ультразвукового аппарата.
373. Электрофорез йода показан:
- а) при остром периодонтите;
 - б) при хроническом фиброзном пульпите;
 - в) при любой форме хронического периодонтита с непроходимыми корневыми каналами;
 - г) при медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите;
 - д) при остром пульпите.

374. Лучше всего проводит электрический ток:
- а) мышечная ткань;
 - б) кожа;
 - в) твердые ткани зуба;
 - г) слюна;
 - д) костная ткань.
375. показано при:
- а) хроническом периодонтите
 - б) остром периодонтите, обострении хронического периодонтита;
 - в) любой форме периодонтита с непроходимыми каналами;
 - г) медикаментозном периодонтите;
 - д) в зубах, не выдерживающих герметизма.
376. Длительность процедуры электрофореза составляет:
- а) 20-30 минут;
 - б) 6-8 секунд;
 - в) 20-60 секунд;
 - г) 2-4 минуты;
 - д) 5-10 минут.
377. Флюктуоризацию целесообразно назначать при:
- а) кариесе зубов;
 - б) хроническом периодонтите;
 - в) хроническом пульпите;
 - г) остром периодонтите и пародонтите;
 - д) все вышеперечисленные.
378. Наиболее эффективной при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов с незаконченным ростом корней и сохранением зоны роста у детей является паста:
- а) кальцийсодержащая;
 - б) резорцин-формалиновая;
 - в) эвгеноловая;
 - г) йодоформная;
 - д) эндометазоночная.
379. При лечении хронических периодонтитов в зубах с нео-конченным ростом корней и погибшей ростковой зоной материалом выбора является:
- а) эвгеноловая паста;
 - б) резорцин-формалиновая паста;
 - в) йодоформсодержащая паста;
 - г) кальцийсодержащая паста;
 - д) эндометазон с гуттаперчей.
380. Метод лечения при хроническом гранулирующем периодонтите постоянного многокорневого зуба, если длина корней этого зуба соответствует его предполагаемой длине:
- а) резекция верхушек корней;
 - б) удаление зуба;
 - в) консервативный с пломбированием корней на всю длину;
 - г) консервативный, с выведением за верхушку пломбировочно-го материала;
 - д) гемисекция.
381. Метод лечения периодонтита временного моляра который следует выбрать у ребенка 5 лет, болеющего ревматизмом:
- а) резекцию верхушки корня;
 - б) удаление зуба;
 - в) гемисекция;
 - г) консервативный;
 - д) реплантацию.
382. Хронический гранулематозный периодонтит от хронического гранулирующего можно дифференцировать учитывая:
- а) дисколорит тканей коронки;
 - б) продолжительность анамнеза заболевания;
 - в) степень подвижности зуба;
 - г) рентгенологические признаки;
 - д) укорочение звука при перкуссии.
383. Решающий тест при дифференциальной диагностике острого периодонтита и острого пульпита постранного сформированного зуба:
- а) перкуссия;
 - б) электроодонтодиагностика;

- в) характер болей;
- г) термометрия;
- д) рентгендиагностика.

384. Показания для односеансового метода лечения постоянного однокорневого зуба, ставшего причиной острого гнойного периостита:

- а) нет, такой зуб подлежит удалению;
- б) да, надо запломбировать канал и сделать разрез по переходной складке;
- в) нет, ибо целесообразнее вначале раскрыть полость зуба, обеспечить отток экссудата;
- г) да, надо провести тщательную инструментальную и медикаментозную обработку и, если отделение из канала экссудата прекратилось - запломбировать канал;
- д) да, при условии дополнительного назначения курса противовоспалительной терапии.

385. Укажите патология твердых тканей зуба, возникающих в период их развития: 1. Эрозия зубов 2. гипоплазия, гиперплазия, флюороз 3. кислотный некроз 4. клиновидный дефект 5. наследственные поражения зубов Выберите правильный ответ по схеме:

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

386. Из перечисленных некариозных поражений зубов возникают после их прорезывания:

- а) травма, эрозия, клиновидный дефект
- б) флюороз зубов
- в) гипоплазия эмали
- г) гиперплазия эмали
- д) наследственные нарушения развития зубов

387. Назовите формы клинического проявления гипоплазии эмали:

- а) пятнистая
- б) штриховая, чашеобразная
- в) эрозивная
- г) бороздчатая
- д) все перечисленные

388. При дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и флюороза решающим является:

- а) локализация процесса
- б) симметричность поражения
- в) консистенция поверхности пятна
- г) прогрессирование процесса
- д) системность поражения

389. Пятнистую форму системной гипоплазии следует дифференцировать:

- а) пятнистой формой флюороза и местной гипоплазии, кариесом в стадии пятна;
- б) поверхностным кариесом;
- в) штриховой формой гипоплазии;
- г) штриховой формой флюороза;
- д) меловидно-крапчатой формой флюороза.

390. Эрозивную форму гипоплазии следует дифференцировать: 1. с меловидно-крапчатой и эрозивной формой флюороза; 2. поверхностным и средним кариесом; 3. клиновидным дефектом; 4. глубоким кариесом; 5. патологической стираемостью зубов. Выберите правильный ответ по схеме:

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

391. Для клиновидного дефекта характерно:

- а) появление после прорезывания зубов;
- б) локализация в пришеечной области;
- в) характерная форма клина;
- г) редкое развитие гиперестезии;
- д) все выше перечисленное.

392. Для лечения гиперестезии твердых тканей зубов применяют: 1. 3% раствор дикаина, жидкость Платонова; 2. глубокое фторирование; 3. препараты серебра; 4. Десенситайзеры (Sealant Protect, Gluma Desensitizer); 5. фторлак. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

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

393. При общем лечении постлучевого некроза твердых тканей зубов применяют: 1. антиоксиданты, 2. препараты кальция и поливитамины, 3. гормональные препараты, 4. анестетики, 5. десенсибилизирующие препараты. Выберите правильный ответ по схеме:

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

394. Абсолютным показанием к отбеливанию зубов является:

- а) поверхностная пигментация, преимущественно желто-коричневого оттенка возрастные изменения цвета зубов;
- б) зубы, измененные в цвете в результате некачественного эндодонтического лечения
- в) «тетрациклиновые зубы»;
- г) зубы, измененные в цвете из-за коррозии амальгамы;
- д) «флюорозные зубы».

395. Назовите наиболее серьезные осложнения при отбеливании зубов. 1. переотбеливание (меловидные зубы без блеска); 2. раздражение десен и окружающих тканей вследствие химического ожога; 3. недостаточная эффективность отбеливания; 4. резорбция тканей пришеечной области; 5. изменение поверхностной структуры композиционных материалов. Выберите правильный ответ по схеме:

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

396. Из перечисленных ниже некариозных поражений зубов, возникающих после их прорезывания, чаще встречается

- а) травма, эрозия зубов, клиновидный дефект;
- б) флюороз зубов;
- в) гипоплазия эмали;
- г) гиперплазия;
- д) наследственное нарушение зубов.

397. Фактором, способствующим развитию гипоплазии, является

- а) несовершенный остеогенез;
- б) нарушение обмена вещества при болезнях раннего детского возраста;
- в) содержание фтора в питьевой воде;
- г) инфицирование фолликула при травме;
- д) неясная причина.

398. Характерными жалобами при гипоплазии являются

- а) повышенная чувствительность;
- б) стертость эмали;
- в) все вышеперечисленное;
- г) изменение цвета и формы зубов;
- д) жалобы отсутствуют.

399. Наиболее типичной локализацией дефектов зубов при гипоплазии является

- а) вестибулярная поверхность всех групп зубов;
- б) фиссуры;
- в) шейка фронтальных зубов;
- г) вестибулярная поверхность резцов, клыков и бугров первых моляров;
- д) различные участки эмали.

400. Причиной, ведущей к флюорозу зубов, является:

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

401. Наиболее типичной локализацией поражения зубов при флюорозе является:

- а) вестибулярная поверхность резцов, клыков;
- б) фиссуры, естественные углубления;
- в) шейка зуба;

- г) вестибулярная поверхность эмали резцов, клыков, премоляров и моляров;
д) поражение твердых тканей всех групп зубов.
402. Пятнистая форма флюороза зубов от аналогичной формы гипоплазии отличается:
- поражением зубов преимущественно постоянных;
 - возникновением до прорезывания зубов;
 - нетипичной локализацией для кариеса;
 - множественными пятнами на зубах;
 - возникновением в местностях с повышенным содержанием фтора в питьевой воде.
403. Предполагаемой причиной возникновения клиновидного дефекта является:
- механическое воздействие;
 - дисфункция щитовидной железы;
 - употребление в пищу большого количества citrusовых и их соков;
 - обнажение корня зуба при заболевании пародонта;
 - нарушение трофики тканей зуба в результате дегенеративно-го процесса в краевом периодонте.
404. Клиническим симптомом при клиновидном дефекте является:
- дефект на шейке зуба в виде клина;
 - изменение формы зуба;
 - дефект режущего края и бугров в виде площадки;
 - дефект на вестибулярной поверхности зубов в виде овала;
 - дефект желобоватой формы.
405. Факторы, способствующие развитию эрозии зубов:
- патологический прикус;
 - воздействие химических веществ: диетическое (потребление в пищу большого количества citrusовых и их соков); заболевание, сопровождающееся повышенной кислотностью желудочного сока, применение лекарственных препаратов;
 - воздействие кислот на промышленном предприятии;
 - механическое действие зубной щетки;
 - эндокринные заболевания;
 - все вышеперечисленное.
406. Характерные жалобы, предъявляемые больными при пато-логической стираемости зубов:
- гиперестезия;
 - боль в височно-нижнечелюстных суставах;
 - эстетический дефект;
 - все вышеперечисленное;
 - самопроизвольные ночные боли.
407. Дифференциальные диагностические признаки отличия начальной степени кислотного некроза эмали от синдрома Стентона-Капдепона:
- частичное или полное отсутствие эмали зубов, пигментированный дентин;
 - сглаживание формы зубов, наличие гиперестезии, матовая поверхность эмали, чувство «слипания» зубов;
 - значительные участки зубов без эмали, острые края эмали, травмирующие слизистую оболочку губ, щек, языка;
 - окраска зубов от перламутровой до коричневой, наличие гиперестезии, поражены все зубы;
 - зубы имеют цилиндрическую форму, матовые.
408. Лечение флюороза зубов (эрозивная форма):
- пломбирование зубов композитными материалами;
 - реминерализующая терапия с последующим пломбированием зубов;
 - пломбирование зубов цементами;
 - отбеливание зубов и пломбирование дефектов композитами;
 - наблюдение и контроль за развитием процесса.
409. Дифференциальные признаки отличия эрозивной формы гипоплазии эмали от проявлений гипервитаминоза D:
- более глубокие поражения эмали;
 - симметричность поражения по глубине, форме и размерам;
 - наличие окраски биологическими пигментами;
 - наличие «валика», свидетельствующее о периоде нарушения развития эмали;
 - нет различия.
410. Дифференциальные признаки отличия эрозивной формы гипоплазии эмали от эрозий эмали зубов:
- более глубокое поражение тканей зубов;
 - наличие выраженной гиперестезии твердых тканей зубов;
 - симметричность формы и расположения участков поражения на одноименных зубах, данные анамнеза, возраст больных;
 - атипичное расположение эрозий эмали на зубах;
 - чередование участков с эрозиями и пятнами на разных по-верхностях зубов.

411. Дифференциальные признаки отличия клиновидных дефектов от эрозии эмали зубов:
- дефекты располагаются на различных поверхностях зубов, матовые, с размягченным дентином;
 - дефекты располагаются в области шеек зубов, имеют специфическую форму, гладкие, блестящие, крепитируют при зондировании;
 - дефекты различной формы, располагаются несколько ниже экватора зуба, с плотным дном, наличие гиперестезии дентина;
 - дефекты расположены в области шеек зубов, виден размягченный дентин, крепитация и пигментация отсутствуют;
 - дефекты бороздчатой формы расположены в области экватора зуба, с плотным дном, без гиперестезии дентина.
412. План лечения вертикальной формы повышенной стираемости твердых тканей зубов II степени:
- пломбирование вестибулярных дефектов композитными материалами;
 - направление в стоматологический кабинет для зубного протезирования;
 - обследование у смежного специалиста с последующей местной и общей реминерализующей терапией и пломбированием или протезированием;
 - направление на ортодонтическое лечение и последующее зубное протезирование;
 - обработка зубов фторсодержащими зубными пастами и препаратами.
413. План лечения эрозий эмали зубов:
- пломбирование дефектов зубов композитными материалами;
 - направление в стоматологический кабинет для зубного протезирования;
 - обследование у смежного специалиста с последующей реминерализующей общей и местной терапией и пломбированием зубов;
 - пломбирование зубов цементами;
 - обработка дефектов зубов фторсодержащими препаратами.
414. Лечение гиперестезии дентина при смешанной форме стираемости зубов:
- втирание пасты с фтористым натрием;
 - втирание содовой кашицы;
 - электрофорез 1 % раствора фтористого натрия;
 - комплексная (общая и местная) реминерализующая терапия в течение месяца;
 - витаминотерапия, лазеротерапия, электрофорез витамина B12
415. Назовите первичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта. 1.пятно, волдырь, афта, узел; 2.эрозия, узелок, атрофия, пузырь; 3.бугорок, гнойничок, опухоль, киста; 4.рубец, пятно, вегетация; 5.волдырь, бугорок, рубец, корка. Выберите правильный ответ по схеме:
- если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - если правильны ответы 1 и 3;
 - если правильны ответы 2 и 4;
 - если правильный ответ 4;
 - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5
416. Назовите вторичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта. 1.эрозия, узелок, атрофия, пузырь; 2.чешуйка, язва, корка, рубец; 3.бугорок, гнойничок, опухоль, киста; 4.эрозия, трещина, атрофия; 5.пятно, афта, рубец. Выберите правильный ответ по схеме:
- если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - если правильны ответы 1 и 3;
 - если правильны ответы 2 и 4;
 - если правильный ответ 4;
 - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5
417. В основу классификации пузырных заболеваний положен принцип:
- этиологический;
 - патогенетический;
 - клинический;
 - anamnestический;
 - наследственный.
418. Многоформную экссудативную эритему принято относить к:
- инфекционных;
 - аллергических;
 - инфекционно-аллергических;
 - лекарственных;
 - неизвестной этиологии.
419. Принято различать форм лейкоплакии:
- одну;
 - две;
 - три;
 - четыре;
 - пять.

420. Красный плоский лишай проявляется на слизистой оболочке полости рта в виде следующих форм:
- а) типичная и эрозивноязвенная;
 - б) гиперкератотическая;
 - в) буллезная;
 - г) экссудативно-гиперемическая;
 - д) все выше перечисленное.
421. Назовите формы лейкоплакии. 1. плоская; 2. веррукозная, эрозивная; 3. типичная; 4. экссудативная; 5. экссудативно-гиперемическая. Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 2;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5
422. Наиболее часто встречается форма лейкоплакии:
- а) плоская;
 - б) веррукозная;
 - в) эрозивная;
 - г) эрозивная и веррукозная;
 - д) плоская и веррукозная.
423. Основным элементом поражения при плоской лейкоплакии является:
- а) пятно;
 - б) узел;
 - в) атрофия;
 - г) гиперкератическое пятно;
 - д) опухоль.
424. Назовите признаки очага малигнизации лейкоплакии.
- а) усиление процессов ороговения, быстрое увеличение размеров и плотности очага;
 - б) появление уплотнения в основании бляшки, эрозии;
 - в) сосочковые разрастания на поверхности эрозий;
 - г) кровоточивость при травме, появление незаживающих трещин;
 - д) все выше перечисленное.
425. В течении острого герпетического стоматита выделяют следующие периоды:
- а) катаральный;
 - б) период высыпаний;
 - в) инкубационный, период высыпаний;
 - г) период высыпаний, угасания и клинического выздоровления;
 - д) инкубационный, продромальный, период высыпаний, период угасания и клинического выздоровления.
426. Элементы поражения характерны для острого герпетического стоматита:
- а) пятно;
 - б) узелок;
 - в) пузырек;
 - г) эрозия;
 - д) пузырек. эрозия.
427. Назовите противовирусные препараты. 1. бонафтон, супрастин; 2. ацикловир, хелепин, виралекс; 3. алпизарин, ридодоксол; 4. зовиракс, интерферон; 5. интерлок, госсипол. Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 2;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5
428. Длительность существования афты
- а) 5 дней;
 - б) 10 дней;
 - в) 15 дней;
 - г) более 10 дней;
 - д) от 15 до 40 дней
429. После заживления афты останется
- а) рубец гладкий;
 - б) деформирующий рубец;
 - в) рубцовая атрофия;

- г) слизистая оболочка останется без изменений;
д) все вышеперечисленное.
430. Многоформную экссудативную эритему принято относить к группе следующих заболеваний
- инфекционных;
 - аллергических;
 - инфекционно-аллергических;
 - неизвестной, этиологии;
 - лекарственных.
431. Характер течения многоформной экссудативной эритемы зависит от давности заболеваний:
- да, ибо проявления болезни с течением времени становятся менее выраженными;
 - да, так как симптомы заболеваний усугубляются;
 - нет, так как рецидивы болезни отличаются однотипными симптомами;
 - с течением времени заболевание переходит в аллергию;
 - нет, заболевание течет монотонно.
432. Действие врача при декубитальной язве:
- исследование язвы;
 - прижигание язвы;
 - смазывание антисептиками;
 - биопсия;
 - консультация онколога.
433. Ведущим признаком медикаментозного стоматита является:
- отсутствие продромальных явлений;
 - появление симптомов во рту после употребления лекарств;
 - наличие эрозий или пузырей;
 - наличие гиперемии и отека;
 - положительная накожная проба.
434. Диагноз контактный стоматит ставится на данных:
- анамнеза;
 - клинических симптомов;
 - лабораторных анализов;
 - дополнительных методов исследования;
 - цитологических.
435. Действие врача при стоматите, вызванном протезом:
- изъятие протеза сроком на 2-3 недели;
 - покрытие поверхности протеза специальными инертными составами;
 - назначение противовоспалительных медикаментозных средств;
 - замена протеза;
 - изготовление протеза из золота.
436. Строение эпителиального слоя слизистой оболочки губ, щек, мягкого неба:
- базальный и роговой слой;
 - базальный, зернистый и шиповидный слой;
 - базальный, шиповидный и роговой слой;
 - шиповидный и роговой слой;
 - базальный, зернистый, роговой слой.
437. Вторичные морфологические элементы заболеваний слизистой оболочки полости рта:
- папула, эрозия, трещина;
 - пятно, пузырек, папула; язва, эрозия, афта;
 - трещина, пузырек, пятно;
 - эрозия, пузырек, бугорок.
438. Строение эпителиального слоя дорзальной поверхности языка:
- базальный и роговой слой;
 - базальный и шиповидный слой;
 - шиповидный и роговой слой;
 - базальный, зернистый и роговой слой;
 - базальный, шиповидный и роговой слой.
439. Препараты, используемые для общего лечения глоссалгии:
- квадевит, эуфиллин, ацетилсалициловая кислота;
 - Прозерпин, тималин, инъекции витамина В
 - анальгин, финлепсин, инъекции витамина В]2
 - пентовит, метацил, супрастин;

- д) димедрол, Прозерпин, тималин.
440. Клиническими признаками аллергических реакций ана-филактического типа являются:
- а) отек, гиперемия, пузыри, эрозия;
 - б) отек, гиперемия, сгруппированные мелкоточечные эрозии;
 - в) пузыри, эрозии на неизменившемся фоне;
 - г) одиночные афты;
 - д) одиночные язвы.
441. Клиническими признаками вторичного сифилиса являются:
- а) пузыри в полости рта, регионарный лимфаденит, сыпь на коже, повышение температуры тела;
 - б) изолированные эрозивные и белые папулы на слизистой оболочке полости рта и зева, регионарный лимфаденит, сыпь на коже;
 - в) пузырьки, мелкоточечные эрозии в полости рта, регионарный лимфаденит, высыпания на коже;
 - г)
 - д) группирующиеся голубовато-белые папулы на неизменной слизистой полости рта;
442. 09.28. Клиническими признаками твердого шанкра являются:
- а) поверхностная язва или эрозия неправильной формы с зернистым дном, покрытым скудным некротическим налетом, с плотными краями и инфильтратом в основании;
 - б) поверхностная язва или эрозия щелевидной формы с зернистым дном, покрытым скудным гнойным налетом, с мягким инфильтратом в основании;
 - в) поверхностная «ползучая» язва или эрозия с гладким чистым дном, без реактивного воспаления;
 - г) эрозия или язва правильной округлой формы с чистым дном без реактивного воспаления с плотным пластинчатым инфильтратом в основании;
 - д) эрозия правильной формы с узкой зоной гиперемии с блюдцеобразным дном, покрытая неснимающимся некротическим налетом.
443. Клиническими признаками красного плоского лица слизистой оболочки полости рта являются:
- а) мелкие, сферические, голубовато-перламутровые узелки, образующие сетку на невоспаленной или воспаленной слизистой оболочке щек и языка;
 - б) отчетливо очерченная гиперемия с инфильтрацией, голубовато-перламутровым гиперкератозом и явлениями атрофии;
 - в) очаги серо-белого цвета с частично снимающимся налетом на слегка гиперемизированном фоне с явлениями мацерации;
 - г) резко очерченные, слегка возвышающиеся участки серо-белого цвета, окруженные узким венчиком гиперемии на фоне невоспаленной слизистой;
 - д) резко очерченные участки слизистой оболочки серо-белого цвета, располагающиеся на неизменном фоне в передних отделах щек.
444. Клиническими признаками третичного сифилиса являются:
- а) А) множественные плотные инфильтраты бугоркового характера;
 - б) Б) одиночные плотные инфильтраты узловатого типа;
 - в) В) диффузные плотные и мягкие инфильтраты;
 - г) Г) мягкие инфильтраты бугоркового типа с изъязвлениями;
 - д) Д) одиночные или множественные плотные инфильтраты с изъязвлением.
445. Комплекс тканей, объединенных понятием пародонт
- а) десна и круговая связка зуба;
 - б) териодонт, десна, надкостница, зуб;
 - в) десна, надкостница, кость альвеолы, периодонт, ткани зуба (цемент);
 - г) десна, ткани зуба;
 - д) десна, надкостница, цемент.
446. Ранняя зубная бляшка после чистки зубов формируется в течение
- а) 2 часов;
 - б) 4-5 часов;
 - в) 7-8 часов;
 - г) 12 часов;
 - д) 24 часов.
447. Сроки формирования «зрелой» зубной бляшки
- а) 2-3 суток;
 - б) 4-5 суток;
 - в) 6-7 суток;
 - г) более 7 суток;
 - д) более месяца.
448. Какие ткани зуба входят в состав пародонта?
- а) эмаль;
 - б) пульпа;
 - в) дентин;

- г) цемент;
 - д) входят все.
449. Строение костной ткани альвеолы.
- а) кость альвеолы состоит из компактного костного вещества;
 - б) кость альвеолы состоит из губчатой костной ткани;
 - в) кость альвеолы и межзубной перегородки состоит из компактного костного вещества, образующего кортикальную пластинку, кость альвеолярного отростка представлена губчатой костной тканью;
 - г) кость альвеолы представлена кортикальной пластинкой;
 - д) кость альвеолы представлена межзубной перегородкой.
450. Структурными образованиями микроциркуляторного русла пародонта являются:
- а) капилляры;
 - б) артериолы и венулы;
 - в) артериолы, прекапилляры, капилляры, посткапилляры, венулы;
 - г) прекапилляры, капилляры, посткапилляры;
 - д) венозные сосуды.
451. Иннервацию пародонта обеспечивает:
- а) лицевой нерв;
 - б) вторая ветвь тройничного нерва;
 - в) ветви зубных сплетений второй и третьей ветви тройничного нерва;
 - г) первая ветвь тройничного нерва;
 - д) все три ветви тройничного нерва.
452. Ключевые факторы в этиологии заболеваний пародонта:
- а) измененная реактивность организма;
 - б) микроорганизмы зубной бляшки;
 - в) микроорганизмы и продукты их обмена в зубном налете; факторы полости рта, способные усилить или ослабить влияние микроорганизмов, общие факторы, регулирующие метаболизм тканей полости рта;
 - г) наследственность;
 - д) травматическая окклюзия.
453. Состав зубной бляшки:
- а) зубная бляшка представлена скоплением микроорганизмов;
 - б) зубная бляшка состоит из углеводов и липидов;
 - в) зубная бляшка представлена межклеточным матриксом, состоящим из полисахаридов, протеинов, липидов, неорганических ком-понентов, в который включены микроорганизмы, эпителиальные клет-ки, лейкоциты, макрофаги;
 - г) зубная бляшка представлена органическими компонентами;
 - д) зубная бляшка состоит из элементов слюны.
454. Разница между воспалительными и дистрофическими заболеваниями пародонта (пародонтитом и пародонтозом):
- а) нет, это лишь формы одного и того же дистрофического про-цесса в челюстях;
 - б) это совершенно различные заболевания;
 - в) разница определяется лишь вначале, развившиеся стадии данных заболеваний не отличаются друг от друга;
 - г) воспалительный процесс предшествует дистрофическому;
 - д) пародонтоз предшествует пародонтиту.
455. Наиболее неблагоприятным при развитии заболеваний пародонта является
- а) открытый прикус;
 - б) глубокий прикус;
 - в) перекрестный прикус;
 - г) дистальный прикус;
 - д) прямой прикус.
456. Проба Шиллера - Писарева проводится с целью:
- а) определения гигиенического состояния зубов;
 - б) выявления изъязвлений внутридесневых карманов;
 - в) оценки степени воспалительных изменений десны;
 - г) выявления зубной бляшки;
 - д) определения гноя в десневом кармане.
457. Проба Кулаженко проводится с целью:
- а) выявления барьерных возможностей пародонта;
 - б) определения состояния проницаемости стенок сосудов;
 - в) выявления стойкости стенок сосудов пародонта;
 - г) определения воспалительных изменений десны;
 - д) выявления зубной бляшки.
458. К гигиеническим относятся следующие индексы:

- а) ПИ, ПМА, СРПН;
- б) Шиллера — Писарева;
- в) Федорова - Володкиной, Грина — Бармильона;
- г) ПИ;
- д) все перечисленные.

459. Индекс ПИ используется с целью:

- а) определения степени воспалительных изменений пародонта;
- б) определения глубины десневых каналов;
- в) определения состояния гигиены полости рта;
- г) определения проницаемости сосудистой стенки;
- д) оценки гигиенического состояния зубов, выявления зубной бляшки.

460. Индекс ПМА используется с целью:

- а) определения степени воспалительных изменений пародонта;
- б) определения воспалительных изменений различных зон десны;
- в) определения кровоточивости десен;
- г) оценки гигиенического состояния полости рта;
- д) определения проницаемости сосудистой стенки.

461. При подсчете индекса СРПН обследуются:

- а) 61Б6, 6В61;
- б) 321В123;
- в) 761Б67, 76В167;
- г) 1Б1,6В6;
- д) 321Б123.

462. Методы функциональной диагностики, используемые в пародонтологии:

- а) реопародонтография, остеометрия;
- б) реопародонтография, полярография;
- в) реопародонтография, остеометрия, полярография, биомикрос-копия;
- г) реография;
- д) полярография.

463. Клиническими признаками катарального гингивита являются:

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

464. Основными клиническими признаками отечной формы гипертрофического гингивита являются:

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

465. Клиническими признаками фиброзной формы гипертрофического гингивита являются:

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

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

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

467. Основные клинические проявления пародонтита легкой степени тяжести:

- а) отек, гиперемия десневого края, кровоточивость при надавливании, десневые карманы глубиной 3-4 мм, резорбция компактных пластинок межзубных перегородок;
 - б) отек, гиперемия десневых сосочков, кровоточащих при дотрагивании, отсутствие десневых карманов, подвижности зубов нет;
 - в) резкое увеличение десневых сосочков, синюшность, болезненность, кровоточивость, глубина десневых карманов до 8 мм, резорбция костной ткани на 1/2 корня зуба;
 - г) наличие большого количества зубных отложений;
 - д) кровоточивость десневых сосочков.
468. Данные рентгенографического обследования при легкой степени пародонтита:
- а) резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 1/2 корня;
 - б) резорбция компактных пластинок и вершин межзубных перегородок;
 - в) наличие очагов остеопороза альвеолярной кости;
 - г) сохранение кортикальной пластинки лунок зубов;
 - д) изменений в костной ткани альвеолярного отростка нет.
469. Карманы при легкой степени пародонтита:
- а) нет;
 - б) имеются, глубиной до 6 мм;
 - в) имеются, глубиной 3-4 мм;
 - г) имеются ложные десневые карманы;
 - д) имеются костные карманы.
470. Глубина карманов при пародонтите средней степени тяжести:
- а) карманов нет;
 - б) 5-7 мм;
 - в) более 8 мм;
 - г) имеются ложные десневые карманы;
 - д) до 5 мм.
471. Аппаратом «Периотест» исследуют:
- а) глубину пародонтального кармана;
 - б) подвижность зубов;
 - в) состояние костной ткани;
 - г) кровоснабжение десны;
 - д) характер воспалительного процесса.
472. Для оценки степени тяжести пародонтита, кроме клинического обследования необходимо дополнительно провести:
- а) реоплатизмографию;
 - б) реографию;
 - в) томографию;
 - г) рентгенографию;
 - д) изучение иммунного статуса.
473. Данные рентгенографического обследования челюстей при пародонтите средней степени тяжести:
- а) резорбция межзубных перегородок на высоту от 1/3 до ? длины корня зуба, очаги остеопороза в губчатой кости альвеолярного отростка;
 - б) снижение высоты гребней межзубных перегородок на величину от 1/2 до 2/3 длины корня;
 - в) резорбция вершин межзубных перегородок, очаги остеопороза в губчатой костной ткани альвеолярного отростка;
 - г) изменений в костной ткани нет;
 - д) явления остеопороза в губчатой кости.
474. Решающим при дифференциальной диагностике хронического катарального гингивита и пародонтита легкой степени тяжести является:
- а) подвижность и смещение зубов;
 - б) отсутствие круговой связки зуба, наличие зубодесневых карманов;
 - в) выраженные воспалительные изменения десневого края и десневых сосочков;
 - г) отсутствие десневого кармана, сохранение круговой связки;
 - д) глубина десневых карманов до 5 мм.
475. Глубина карманов при пародонтите тяжелой степени составляет:
- а) карманов нет;
 - б) 3-4 мм;
 - в) до 6 мм;
 - г) более 8 мм;
 - д) до 2.5 мм.
476. Пародонтит протекает более тяжело если у пациента:
- а) сахарный диабет;
 - б) гипотиреоз;

- в) гипертония;
 - г) язвенная болезнь;
 - д) гастрит.
477. При очаговом ювенильном пародонтите поражаются зубы:
- а) временные резцы;
 - б) временные моляры;
 - в) временные и постоянные зубы;
 - г) постоянные моляры;
 - д) клыки.
478. При пародонтозе средней степени тяжести зубодесневые карманы:
- а) имеются, вследствие гибели связки зуба;
 - б) не имеются, так как дистрофические процессы в десне и костной ткани происходят одновременно;
 - в) не имеются, так как при пародонтозе сохраняется круговая связка зуба;
 - г) имеются только в участках перегрузки зубов;
 - д) глубина десневых карманов до 5 мм.
479. К идиопатическим болезням пародонта можно отнести:
- а) нейтропению, агаммаглобулинемию, эпулис, фиброматоз десен;
 - б) синдром Папийон-Лефевра, X-гистоцитозы, нейтропению, агаммаглобулинемию;
 - в) нейтропению, X-гистоцитозы, гингивиты, пародонтомы;
 - г) гингивит, пародонтит;
 - д) пародонтит, пародонтоз.
480. Участвует в развитии ювенильного пародонтита:
- а) *Streptococcus salivarius*;
 - б) *Porphyromonas endodontalis*;
 - в) *Fusobacterium nucleatum*;
 - г) *Actinomyces naeslundii*;
 - д) *Actinobacillus actinomycetemcomitans*.
481. К «пародонтопатогенным» видам не относится
- а) *Streptococcus mutans*;
 - б) *Fusobacterium nucleatum*;
 - в) *Actinomyces israelii*;
 - г) *Actinobacillus actinomycetemcomitans*;
 - д) *Porphyromonas gingivalis*.
482. Первым фиксируется на поверхности зуба при формировании зубной бляшки:
- а) *Actinomyces naeslundii*;
 - б) *Fusobacterium nucleatum*;
 - в) *Actinobacillus actinomycetemcomitans*;
 - г) *Actinomyces israelii*;
 - д) *Streptococcus sanguis*.
483. Род микроорганизмов полости рта не принимающий активного участия в развитии пародонтита:
- а) *Peptostreptococcus*;
 - б) *Actinobacillus*;
 - в) *Porphyromonas*;
 - г) *Veillonella*;
 - д) *Prevotella*.
484. В пародонтальном кармане в больших количествах могут обнаруживаться дрожжеподобные грибы рода Кандида при :
- а) ювенильном пародонтите;
 - б) быстро прогрессирующем пародонтите;
 - в) пародонтите на фоне иммунодефицитов;
 - г) пародонтите у беременных;
 - д) любой форме пародонтита.
485. Для быстрого определения в пародонтальном кармане пародонтопатогенных видов используется;
- а) ПЦР;
 - б) бактериоскопия;
 - в) ИФА;
 - г) культивирование микроорганизмов в аэробных условиях;
 - д) культивирование микроорганизмов в анаэробных условиях.
486. К бактериям стабилизирующим микробиоценоз полости рта относится:
- а) *Peptostreptococcus*;
 - б) *Actinobacillus*;

- в) Porphyromonas;
- г) Veillonella;
- д) Prevotella.

487. При остром язвенном гингивите внутрь назначают:

- а) обезболивающие препараты;
- б) антибиотики, обезболивающие, витамины;
- в) метронидазол, десенсибилизирующие препараты, витамины;
- г) сульфаниламидные препараты, антибиотики, витамины;
- д) общее лечение не назначается.

488. Препарат на основе растительного сырья обладающий выраженным антибактериальным и фунгицидным действием:

- а) ротакан;
- б) ромазулан;
- в) обликол;
- г) сангвиритрин;
- д) мараславин.

489. Концентрация раствора хлоргексидина, рекомендуемая для орошений полости рта, составляет:

- а) 2%;
- б) 0.5%;
- в) 0.1%;
- г) 0.05%;
- д) 0.02 до 2%.

490. При заболеваниях пародонта целью избирательного пришлифовывания является:

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

491. Эпителиальное зубодесневое прикрепление нарушено при:

- а) отёчной форме гипертрофического гингивита;
- б) хроническом катаральном гингивите лёгкой степени;
- в) пародонтите лёгкой степени тяжести;
- г) фиброзной форме гипертрофического гингивита;
- д) хроническом катаральном гингивите тяжёлой степени.

492. Для оценки миграционной активности лейкоцитов используется:

- а) проба Шиллера-Писарева;
- б) проба Кулаженко;
- в) проба Ясиновского;
- г) проба Kotzschke;
- д) проба Кавецкого.

493. Не эффективен в отношении Actinobacillusactinomycetemcomitans:

- а) доксициклин;
- б) фторхинолоны;
- в) хлорафеникол;
- г) метронидазол;
- д) ампициллин.

494. Признаки воспаления отсутствуют при:

- а) катаральном гингивите;
- б) пародонтозе;
- в) пародонтите;
- г) отёчной форме гипертрофического гингивита;
- д) язвенно-некротическом гингивите.

495. Для обработки полости рта при катаральном гингивите используют:

- а) 1% перекиси водорода;
- б) 3% перекиси водорода;
- в) 5% перекиси водорода;
- г) 0,5% перекиси водорода;
- д) 0,1% перекиси водорода.

496. Клетки эпителия прикрепления замещаются в течение:

- а) 4-8 дней;
- б) 2 недель;

- в) 10 дней;
 - г) месяца;
 - д) 2 месяцев.
497. Фиброматоз дёсен относится к :
- а) гингивитам;
 - б) пародонтиту;
 - в) пародонтозу;
 - г) идиопатическим заболеваниям;
 - д) пародонтомам.
498. С возникновением гиперплазии десны связаны такие фак-торы, как:
- а) прием противосудорожных препаратов;
 - б) беременность;
 - в) лейкомия;
 - г) рот овое дыхание;
 - д) все перечисленное.
499. В лечение фиброматоза десен применяются методы:
- а) хирургические;
 - б) аппликации с протеолитическими ферментами;
 - в) аппликации с антисептиками;
 - г) физиотерапия;
 - д) облучение рентгеновскими лучами.
500. При проведении поддерживающей терапии контрольная рентгенография производится:
- а) каждые 3 месяца;
 - б) каждые полгода;
 - в) ежегодно;
 - г) раз в 2 года;
 - д) раз в 3 года.
501. Десневая повязка после кюретажа накладывается на срок:
- а) 12-14 дней;
 - б) не накладывается;
 - в) 5-7 дней;
 - г) 3 дня;
 - д) на сутки.
502. После кюретажа используют:
- а) защитные повязки (индифферентные);
 - б) лечебные противовоспалительные повязки;
 - в) лечебные стимулирующие повязки;
 - г) повязки, содержащие ферменты;
 - д) повязки с кератопластическими препаратами.
503. Заболевания, протекающие с поражением пародонта, кото-рые можно отнести к ретикулогистиоцитозам:
- а) гипофосфатазия;
 - б) синдром Папийон-Лефевра;
 - в) болезнь Педжета;
 - г) болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена;
 - д) синдром Олбрайта.
504. Эпулис относится к:
- а) гингивитам;
 - б) пародонтиту;
 - в) пародонтозу;
 - г) идиопатическим заболеваниям;
 - д) пародонтомам.
505. К идиопатическим болезням пародонта относят:
- а) пародонтоз;
 - б) пародонтит;
 - в) фиброматоз дёсен;
 - г) синдром Папийон-Лефевра;
 - д) пародонтома.
506. К группе хромосомных болезней относится:
- а) синдром Шерешевского-Тернера;
 - б) синдром Хенда-Шюллера-Крисчена;

- в) болезнь Иценко-Кушинга;
 - г) гипопитуитаризм;
 - д) гиперпаратиреоз.
507. Физиотерапия не показана если у пациента:
- а) катаральный гингивит;
 - б) гипертрофический гингивит;
 - в) хронический пародонтит;
 - г) пародонтоз;
 - д) идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта.
508. Эбурнеация кости характерна для:
- а) пародонтоза ;
 - б) пародонтита;
 - в) гингивита;
 - г) пародонтоза и пародонтита;
 - д) пародонтита и гингивита.
509. К методу прижизненной окраски гликогена десны относится:
- а) проба Шиллера-Писарева;
 - б) проба Кулаженко;
 - в) проба Ясиновского;
 - г) проба Kotzschke;
 - д) проба Кавецкого.
510. Уровень напряжения кислорода в ткани определяется методом:
- а) биомикроскопии;
 - б) полярографии;
 - в) фотоплетизмографии;
 - г) реопародонтографии;
 - д) эхоosteометрии.
511. Для исследования функционального состояния костной ткани в пародонтологии используют метод:
- а) биомикроскопии;
 - б) полярографии;
 - в) фотоплетизмографии;
 - г) реопародонтографии;
 - д) эхоosteометрии.
512. Основные причины развития гипертрофических гингивитов:
- а) гормональные изменения в организме;
 - б) патология прикуса;
 - в) нерациональное протезирование;
 - г) гормональные изменения в организме, прием определенных медикаментозных препаратов (дифенин и др.), заболевания крови, дефицит витамина С, нерациональное протезирование;
 - д) недостаточная гигиена полости рта.
513. Индекс РМА используется для оценки:
- а) степени воспаления десны;
 - б) гигиены полости рта;
 - в) степени подвижности зубов;
 - г) кровоточивости десны;
 - д) степени ороговения десны.
514. Резорбция костной ткани межзубных перегородок от 1/3 до 1/2 характерна для:
- а) пародонтоза лёгкой степени;
 - б) пародонтита средней степени;
 - в) пародонтита лёгкой степени;
 - г) пародонтита тяжёлой степени;
 - д) катарального гингивита тяжёлой степени.
515. Резорбция костной ткани межзубных перегородок на вы-соту до 1/3 характерна для:
- а) пародонтоза средней степени;
 - б) пародонтита средней степени;
 - в) пародонтита лёгкой степени;
 - г) пародонтита тяжёлой степени;
 - д) катарального гингивита тяжёлой степени.
516. Основные причины развития пародонтита:
- а) патология прикуса;

- б) недостаточный гигиенический уход за зубами;
- в) нарушение барьерной функции пародонта и иммунологической реактивности организма, на фоне которых местные причины (микроорганизмы, окклюзионная травма) приводят к воспалительным изменениям и деструктивным явлениям в пародонте;
- г) снижение местной и общей реактивности организма;
- д) микроорганизмы полости рта, приводящие к развитию и прогрессированию воспалительных изменений в пародонте.

517. Основным дифференциально-диагностическим признаком пародонтита является:

- а) гноетечение из десневых карманов;
- б) повреждение связки зуба и образование десневого кармана;
- в) кровоточивость десен и гноетечение при надавливании на десневой сосочек;
- г) глубина десневого кармана от 5 мм;
- д) увеличение десневых сосочков, гиперемия, синюшность, кровоточивость.

518. Клинические признаки пародонтоза:

- а) отсутствие воспалительных явлений и зубодесневых карманов;
- б) гиперемия десен, гноетечение из десневых карманов;
- в) обнажение шеек зубов, ретракция десны, отсутствие воспалительных изменений, отсутствие подвижности зубов, повышенная чувствительность шеек зубов, зуд в деснах;
- г) отечность, гиперемия десен, глубина десневых карманов от 5 мм, зуд в деснах;
- д) болезненность и кровоточивость десен, подвижность зубов, повышенная чувствительность шеек зубов.

519. Патоморфологическая картина пародонтоза:

- а) воспалительные явления в маргинальном пародонте;
- б) склеротические изменения в соединительной ткани;
- в) деструктивные изменения в твердых тканях зуба - цементе, дентине и др.;
- г) отсутствие воспалительных явлений в маргинальном пародонте, склеротические изменения в соединительно-тканной основе, деструктивные изменения в твердых тканях зубов, нарушение процесса ороговения десны;
- д) рассасывание кортикальной пластинки костной ткани лунок и межзубных перегородок.

520. Болезнями пародонта, объединенными понятием пародонтомы, являются:

- а) гингивит, пародонтит, пародонтальная киста;
- б) фиброматоз десен, эпюлис, пародонтальная киста, эозинофильная гранулема;
- в) пародонтит, пародонтоз;
- г) пародонтальная киста, X-гистиоцитозы;
- д) гипертрофический гингивит, фиброматоз десен, пародонтальная киста.

521. Окклюзионное пришлифование зубов при лечении пародонтитов проводится:

- а) до кюретажа и противовоспалительной терапии;
- б) после кюретажа, но до противовоспалительной терапии;
- в) после кюретажа и противовоспалительной терапии;
- г) не имеет значения;
- д) перед остеогингивопластикой, но после закрытого кюретажа и противовоспалительной терапии.

522. Число этапов проведения окклюзионного пришлифовывания:

- а) три;
- б) два;
- в) пять;
- г) четыре;
- д) не имеет значения

523. Показаниями к проведению окклюзионного пришлифовывания являются:

- а) наличие окклюзионной травмы;
- б) дистопия зубов;
- в) бруксизм, боли в височно-нижнечелюстном суставе, веерообразное расхождение зубов, неравномерное рассасывание костной ткани альвеолярного отростка, подвижность зубов;
- г) подвижность зубов, дистопия зубов;
- д) гноетечение из десневых карманов, обнажение шеек зубов.

524. Группа зубов, на которой может быть проведено постоянное (балочное) шинирование при выраженной подвижности:

- а) моляры;
- б) резцы;
- в) моляры и премоляры;
- г) любая группа зубов;
- д) все, кроме резцов.

525. Показанием для проведения постоянного шинирования является:

- а) подвижность зубов I степени;
- б) подвижность зубов II-III степени;
- в) пародонтоз тяжелой степени;

- г) перед хирургическим лечением;
д) после хирургического лечения.
526. Показания для депульпации зубов при пародонтите:
а) глубина десневых карманов 6 мм;
б) подвижность зубов II-III степени;
в) перед хирургическим лечением пародонтита тяжелой степени при глубине десневых карманов более 7 мм и подвижности зубов II степени;
г) не имеет значения глубина карманов и подвижность зубов.
527. Противопоказания для проведения физиотерапевтического лечения:
а) гноетечение из десневых карманов;
б) онкологические заболевания, туберкулез, инфекционные заболевания, сопровождающиеся высокой температурой, беременностью;
в) хирургическое лечение болезней пародонта;
г) возраст до 15 лет;
д) возраст старше 50 лет
528. Параметры лазерного излучения, обеспечивающего противовоспалительное и анальгезирующее действие:
а) плотность мощности лазерного излучения от 0.1 до 100 мВт/см²
б) плотность мощности лазерного излучения от 100 до 200 мВт/см²
в) плотность мощности лазерного излучения от 100 до 400 мВт/см²
г) плотность мощности лазерного излучения от 20 до 50 мВт/см²
д) плотность мощности лазерного излучения от 1 до 50 мВт/см²
529. Параметры лазерного излучения, оказывающего стимулирующее действие на клеточную пролиферацию и регенерацию тканей пародонта:
а) плотность мощности лазерного излучения от 1 до 50 мВт/см²
б) плотность мощности лазерного излучения от 100 до 200 мВт/см²
в) плотность мощности лазерного излучения от 0.1 до 100 мВт/см²
г) плотность мощности лазерного излучения от 100 до 400 мВт/см²
д) плотность мощности лазерного излучения от 20 до 50 мВт/см²
530. Время образования вакуумной гематомы во фронтальном отделе челюстей при здоровом пародонте:
а) 50-60 секунд;
б) 20 секунд;
в) 2 минуты;
г) 10 секунд;
д) 30 секунд.
531. Длительность электрокоагуляции одного пародонтального кармана при силе тока до 15 мА составляет:
а) 2-4 секунды;
б) 10 секунд;
в) 30 секунд;
г) 1 минута;
д) 2 минуты.
532. Криодеструкция проводится при температуре:
а) -10-30°C ;
б) -50-100°C;
в) -10-50°C;
г) -20-60°C;
д) -60-140°C.
533. Показаниями к лоскутной операции являются:
а) обострение воспалительного процесса в тканях пародонта;
б) гипертрофия десневых сосочков, резорбция костной ткани горизонтального типа;
в) множественные зубодесневые и костные карманы, глубиной более 3 мм, при резорбции костной ткани до 1/2 длины корня зуба;
г) одиночные зубодесневые карманы до 4 мм;
д) пародонтальный абсцесс.
534. Показанием для назначения антибактериальной химиотерапии является:
а) катаральный гингивит;
б) пародонтоз;
в) удаление поддесневых зубных отложений у больных с дефектами иммунной системы;
г) хронический пародонтит в ремиссии;
д) при проведении депульпации зубов больных пародонтитом.
535. Укажите антибиотики, назначение которых при пародонтите в стадию обострения не показано:

- а) аминогликозиды;
- б) макролиды;
- в) линкозамиды;
- г) цефалоспорины;
- д) тетрациклины.

536. Укажите группу антибиотиков, обладающих иммуномодулирующим действием:

- а) аминогликозиды;
- б) макролиды;
- в) линкозамиды;
- г) цефалоспорины;
- д) тетрациклины.

537. Метранидазол обладает следующими побочными действиями: 1. вызывает металлический привкус в полости рта; 2. вызывает непереносимость этанола; 3. обладает фотосенсибилизирующим действием; 4. обладает нейтротропным действием; 5. может вызывать тошноту. Выберите правильный ответ по схеме:

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

538. Экстренная личная профилактика врача стоматолога при подозрении на СПИД у пациента предусматривает: 1. закапать в глаза Альбуцид; 2. закапать в нос 1 % раствор протаргола; 3. прополоскать рот и нос 0,05% раствором марганцево-кислого калия обработать руки 70° спиртом; 4. вызвать бригаду скорой медицинской помощи; 5. принять иммуномодулятор. Выберите правильный ответ по схеме:

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

539. Вирусный гепатит, (virus B) может быть перенесен: 1) аэробными микроорганизмами; 2) слюной; 3) кровью; 4) мочей; 5) контактным путем. Выберите правильный ответ по схеме:

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

540. По отношению к вирусу гепатита справедливы утверждения:

- а) вирус может передаваться аэрозолью слюны;
- б) вирусы довольно устойчивы по отношению к дезинфекционным препаратам;
- в) что, даже малые количества инфицированного материала способны заразить;
- г) вирус довольно устойчив по отношению к температуре;
- д) все вышесказанное справедливо.

541. У носителя вирусного гепатита может быть обнаружен вирус:

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

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

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

543. Укажите правильное утверждение в отношении вируса иммунодефицита человека:

- а) ВИЧ содержит ДНК;
- б) ВИЧ устойчив во внешней среде;
- в) на современном этапе эпидемии доминирует серотип ВИЧ-2;
- г) специфические белки оболочки ВИЧ представлены гликопротеинами с молекулярной массой 120, 41 кд;
- д) нуклеоид (сердцевина) ВИЧ представлена гликопротеином с молекулярной массой 160 кд

544. Укажите правильное утверждение. ВИЧ-инфицированный человек является источником инфекции:
- а) только в периодах, выраженных клинически;
 - б) только в терминальной стадии;
 - в) только в стадии бессимптомной инфекции (ПБ);
 - г) только в стадии острой инфекции (ПА);
 - д) пожизненно.
545. Для обработки рук медицинского персонала, загрязненных кровью больного ВИЧ инфекцией, используют этиловый спирт следующей концентрации:
- а) 40%;
 - б) 60%;
 - в) 70%;
 - г) 80%;
 - д) 96%.
546. Диагноз ВИЧ-инфекции не подтверждают следующими методами:
- а) вирусологическим;
 - б) иммуноферментным анализом (ИФА);
 - в) иммунным блоттингом;
 - г) микроскопическим;
 - д) молекулярно-генетическим (ГЦР).
547. Инфицирование медицинского персонала ВИЧ не возможно при:
- а) парентеральных процедурах, переливании крови;
 - б) случайном уколе во время операции с нарушением целостности кожных покровов рук хирурга;
 - в) подготовке полости рта к протезированию;
 - г) удалении зубного камня;
 - д) проведении физиотерапевтических процедур (например, элек-трофореза и т
548. При скрининговом обследовании групп риска с целью выявления ВИЧ-инфицированных используют:
- а) РПГА;
 - б) РСК;
 - в) ИФА;
 - г) иммунный блоттинг;
 - д) иМмуно-электрофорез.
549. В какой клинической стадии у больных ВИЧ-инфекцией происходит потеря массы тела более 10% от первоначальной величины:
- а) I А;
 - б) IV;
 - в) III А;
 - г) III Б;
 - д) III В.
550. Клиническая стадия ПВ у больных ВИЧ-инфекцией характеризуется:
- а) лихорадкой;
 - б) лимфаденопатией;
 - в) признаками генерализованного кандидоза;
 - г) одышкой;
 - д) отсутствием клинических проявлений.
551. При случайном уколе иглой руки стоматолога, проводившем местную анестезию пациенту необходимо:
- а) тщательно вымыть руки проточной водой с мылом и заклеить ранку пластырем;
 - б) выдавить каплю крови из ранки и заклеить пластырем;
 - в) обработать ранку 5% раствором йода;
 - г) выдавить каплю крови из ранки, вымыть руки проточной во-дой с мылом, обработать место укола 70% спиртом, а затем 5% рас-твором йода;
 - д) тщательно вымыть руки проточной водой с мылом и обрабо-тать место укола 70% спиртом, а затем 5% раствором йода.
552. При попадании крови пациента на конъюнктиву глаз сто-матолога при проведении стоматологической процедуры после про-мывании глаз водой следует использовать:
- а) 0,05% раствор перманганата калия;
 - б) 10% раствор сульфацил-натрия;
 - в) 2% раствор бикарбоната натрия (сода двууглекислая);
 - г) 1% раствор борной кислоты;
 - д) 1 % раствор азотнокислого серебра.

553. Укажите последовательность действий врача-стоматолога, который при вскрытии абсцесса в ротовой полости у больного ВИЧ-инфекцией в стадии ПИВ проколол резиновую перчатку и поранил палец с выделением крови: 1 обработать перчатки дезинфицирующим раствором, снять их и выдавить кровь из ранки; 2 вымыть руки проточной водой с мылом; 3 вымыть руки в перчатках с мылом и снять перчатки; 4 обработать руки 70% спиртом и смазать ранку 5% раствором йода; 5 снять перчатки. Выберите правильный ответ по схеме:

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

554. Обязательному лабораторному обследованию для исключения ВИЧ-инфекции методом ИФА не подлежат:

- а) доноры крови;
- б) все медицинские работники;
- в) беременные;
- г) пациенты, поступающие в плановом порядке на операцию;
- д) доноры органов и биологических субстратов.

555. В группу риска заражения ВИЧ-инфекцией не входят:

- а) наркоманы;
- б) проститутки;
- в) лица с нетрадиционной секс-ориентацией;
- г) медицинские работники, имеющие постоянный контакт с кровью;
- д) доноры.

556. Заражение ВИЧ инфекцией не может произойти при:

- а) сексуальном контакте;
- б) переливании инфицированной крови;
- в) грудном вскармливании;
- г) пользовании общим туалетом;
- д) приеме родов у ВИЧ-инфицированной женщины.

557. Какой путь передачи ВИЧ инфекции не характерен:

- а) воздушно-капельный;
- б) трансплантационный;
- в) половой;
- г) трансплацентарный;
- д) парентеральный.

558. Потеря жевательной эффективности по НА. Агапову является абсолютным показанием к протезированию зубов:

- а) свыше 10%;
- б) 15%;
- в) 20%;
- г) 25%;
- д) 30%.

559. Средние сроки пользования зубными протезами:

- а) 1 год;
- б) 3 года;
- в) 5 лет;
- г) 7 лет;
- д) 10 лет.

560. Срок гарантии на изготовленный зубной протез:

- а) 0,5 года;
- б) 1 год;
- в) 2 года;
- г) 3 года;
- д) 4 года.

561. Отрицательное воздействие протезов на защитные механизмы в полости рта заключается в факторах: 1 ионы металлов (сплавов для изготовления протезов) способны воздействовать на резидентную микрофлору полости рта; 2 пластмассы уменьшают миграцию лейкоцитов в полость рта; 3 молекулы некоторых протезных материалов способны соединяться с белками клеток и вызывать синтез аллергических антител; 4 механическое воздействие протезов приводит к снижению местной защиты слизистой оболочки полости рта; 5 цитотоксическое действие мономеров. Выберите правильный ответ по схеме:

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

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

562. Профилактическое (наиболее действенное) мероприятие которое можно предложить в целях уменьшения отрицательного воздействия протезов:1изготовление цельнолитых мостовидных протезов;2изготовление протезов с литыми базами;3изготовление протезов из бесцветной пластмассы;4систематический массаж протезного ложа;5золочение протезов. Выберите правильный ответ по схеме:

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

563. Больного, который закончил курс лучевой терапии целесо-образно протезировать:

- а) сразу же после окончания курса лечения;
- б) спустя год после проведения курса лучевой терапии;
- в) при нормальной (клинический анализ) картине крови;
- г) через два месяца после окончания лучевой терапии;
- д) через 3-8 месяцев.

564. "Аномалия" прикуса это:

- а) нарушение развития формы и функции зубочелюстной системе;
- б) частичная потеря зубов;
- в) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обус-ловленные патологическими процессами;
- г) изменения в мышечной системе;
- д) зубоальвеолярное удлинение, связанное с потерей зубов.

565. Деформация зубочелюстной системы это:

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

566. Функциональное нарушение наиболее характерно при де-формациях зубочелюстной системы:1. нарушение жевания;2. нарушение эстетических норм;3нарушение окклюзии;4нарушение голоса;5нарушение глотания. Выберите правильный ответ по схеме:

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

567. Следует учитывать при решении вопроса стоматологического лечения взрослого пациента фактор:1природа самого заболевания;2тип личности;3отношение окружающих пациента людей;4возраст пациента;5эстетику. . Выберите правильный ответ по схеме:

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

568. Информация важная при изучении диагностических моделей:

- а) соотношение зубных рядов;
- б) характер смыкания передних зубов;
- в) совпадение средних линий между центральными резцами;
- г) форма зубных дуг;
- д) форма окклюзионной плоскости.

569. Истинная прогения это:

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

570. Патологические изменения которые наблюдаются при глу-боком прикусе:1патологическая подвижность зубов;2патологическая стираемость зубов;3погружение зуба в лунку;4быстрое формирование зубного камня;5дентоальвеолярное удлинение. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

571. При появлении двухсторонних включенных дефектах при глубоком прикусе возникает осложнение: 1 дистальный сдвиг нижней челюсти; 2 функциональная перегрузка оставшихся зубов; 3 наклон моляров в мезиальную сторону; 4 уменьшение межальвеолярной высоты; 5 повышенная стираемость зубов. Выберите правильный ответ по схеме:

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

572. Дистальный сдвиг нижней челюсти, возникший после по-тери части боковых зубов грозит осложнением: 1 уменьшение межальвеолярной высоты; 2 перегрузка оставшихся зубов; 3 увеличение степени перекрытия передних зубов; 4 дисфункция височно-нижнечелюстного сустава; 5 деформация зубных рядов. Выберите правильный ответ по схеме:

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

573. Может возникнуть при несвоевременном протезировании бокового после потери коренных зубов осложнение: 1 выдвижение зубов потерявших антагонисты (зубоальвеолярное удлинение); 2 уменьшение межальвеолярной высоты; 3 перегрузка оставшихся зубов; 4 дисфункция височно-нижнечелюстного сустава; 5 деформация зубных рядов. Выберите правильный ответ по схеме:

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

574. Причина вторичного глубокого прикуса: 1 частичная потеря зубов; 2 патологическая стираемость зубов; 3 заболевание тканей пародонта; 4 флюороз; 5 наследственность. Выберите правильный ответ по схеме:

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

575. На возникновение вторичного глубокого прикуса влияет: 1 некомпенсированная патологическая стираемость зубов; 2 деформация окклюзионной поверхности в результате системного заболевания пародонта; 3 деформация окклюзионной поверхности в результате компенсированной патологической стираемости зубов; 4 потеря фронтальных зубов; 5 дисфункция ВНЧС. Выберите правильный ответ по схеме:

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

576. Назовите причину перекрестного прикуса: 1 нарушение формы зубных рядов; 2 нарушение соотношения зубных рядов в трансверзальном направлении; 3 смещение нижней челюсти и сторону; 4 характер питания; 5 наследственность. Выберите правильный ответ по схеме:

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

577. Можно рассматривать как начальную функциональную перегрузку ВНЧС:

- а) истончение головки нижней челюсти;
- б) деформация суставного бугорка;
- в) стирание сочлененных поверхностей или их склерозирование;
- г) появление экзостозов;
- д) щелканье в суставе.

578. Ортодонтическое лечение в основном устраняет: 1 функциональную перегрузку пародонта; 2 патологические функции жевательных мышц; 3 дисфункцию височно-нижнечелюстных суставов; 4 рецессию десны; 5 атрофию альвеолярной костной ткани. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;

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

579. Нормализация прикуса проводится с помощью протезов если: 1сочетание аномалии прикуса с выраженным системным заболеванием пародонта; 2отказ больного от ортодонтического лечения; 3неэффективность ранее проведенного ортодонтического лечения; 4генетические формы аномалии; 5дефекты зубного ряда. Выберите правильный ответ по схеме:

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

580. Больше вторичное (после сошлифовывания) вертикальное перемещение нижних передних зубов наблюдается:

- а) при трапециевидной форме нижнего зубного ряда;
- б) сужение нижнего зубного ряда;
- в) скученное положение нижних зубов;
- г) при правильной форме зубного ряда, подвижности зубов;
- д) при зажатости нижних рядов наклоненными мезиально клыками.

581. При сошлифовывании передних зубов при глубоком резцовом перекрытии преследуется цель: 1создание трехпунктного контакта при движениях нижней челюсти; 2уменьшение перегрузки передних нижних зубов; 3уменьшение перегрузки передних верхних зубов; 4нормализация окклюзии; 5нормализация жевания. Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

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

583. При повышении межальвеолярной высоты на протезах важно учитывать: 1величину свободного межокклюзионного пространства; 2предотвращение явлений бруксизма; 3равномерная окклюзионная нагрузка на зубы; 4предотвращение дисфункции ВНЧ сустава; 5внешний вид больного. Выберите правильный ответ по схеме:

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

584. К микропротезам относятся: 1вкладки и металлические коронки; 2штифты и вкладки; 3полукоронки, вкладки и мостовидные протезы; 4парапульпарные штифты и бюгельные протезы; 5металлокерамические коронки. Выберите правильный ответ по схеме:

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

585. Для изготовления вкладок могут использоваться следующие материалы: 1пластмасса; 2фарфор; 3металлы; 4металлокерамика; 5металлопластмасса.

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

586. При подготовке полости зуба под вкладку делают фальц:

- а) на 1/3 толщины эмали;
- б) на 1/2 толщины эмали;

- в) на всю толщину эмали;
 - г) в пределах эмали;
 - д) в пределах дентина.
587. При формировании дна полости для вкладки она должна быть:
- а) параллельна крыше пульповой камеры;
 - б) повторять рельеф крыши пульповой камеры;
 - в) под углом 5° к оси зуба;
 - г) параллельна окклюзионной поверхности;
 - д) под углом 3° к оральному скату бугров зуба.
588. При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют под углом
- а) 25° ;
 - б) 30° ;
 - в) 45° ;
 - г) 50° ;
 - д) 18° .
589. При подготовке полости зуба под вкладку формируют фальц с целью:
- а) предупреждения смещения;
 - б) исключения опрокидывающего момента;
 - в) лучшей фиксации и прилегания;
 - г) исключения сколов;
 - д) исключения рассасывания цемента.
590. При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют только для:
- а) вкладок из благородных металлов;
 - б) вкладок из неблагородных металлов;
 - в) металлических вкладок;
 - г) вкладок из высокопрочной пластмассы (изозит);
 - д) вкладок из фарфора.
591. Назначение корневой защиты штифтового зуба:
- а) без корневой защиты невозможно соединение штифта с коронковой частью;
 - б) исключает травму десневого края;
 - в) предохраняет корень зуба от разрушения и способствует фиксации;
 - г) уменьшает функциональную перегрузку;
 - д) является амортизирующим звеном в системе штифт-корень зуба.
592. Изготовление цельнолитого штифтового зуба возможно:
- а) нет;
 - б) да;
 - в) да, если снимается двухслойный оттиск;
 - г) да, если модель отливается супергипсом;
 - д) да, если дублируемая модель огнеупорная
593. Изготовление штифтового зуба из пластмассы возможно:
- а) нет;
 - б) нет, так как пластмасса разрушает подлежащие твердые ткани;
 - в) да, кии временная конструкция;
 - г) да, только детской стоматологии;
 - д) да, только в случае наддесневых разрушений коронок зубов.
594. Изготовление мостовидных протезов, где в качестве опоры штифтовый зуб возможно
- а) да;
 - б) да, при отсутствии 1 зуба;
 - в) да, при отсутствии не более 2 зубов;
 - г) нет;
 - д) нет, т.к. неизбежно расшатается опорный корень зуба.
595. При изготовлении пластмассовых коронок необходимо формировать уступ в пришеечной зоне:
- а) да;
 - б) да, но только на передней поверхности;
 - в) да, если зуб депульпирован;
 - г) нет;
 - д) нет, если у пациента глубокий прикус.
596. Пластмассовая коронка по отношению к десневому краю должна располагаться:
- а) не доходить до десны на 0.5 мм;
 - б) не доходить до десны на 1.0 мм;

- в) на уровне десны;
 - г) под десной на 0.5 мм;
 - д) под десной на 1.0 мм.
597. Применение пластмассовых коронок при пародонтите возможно:
- а) нет;
 - б) нет, т.к. усугубится течение;
 - в) да;
 - г) да, если процесс находится в стадии ремиссии;
 - д) да, если край коронки не подводить под десну.
598. Изготовление пластмассовых мостовидных протезов возможно:
- а) да;
 - б) да, если отсутствует I зуб;
 - в) да, если отсутствует II зуба;
 - г) да, если отсутствует III зуба;
 - д) нет.
599. Для изготовления цельнолитого каркаса опиравшегося протеза широко применяется:
- а) нержавеющая сталь;
 - б) сплав золота;
 - в) хром-никелевый сплав;
 - г) хром-кобальтовый сплав;
 - д) серебряно-палладиевый сплав.
600. Для изготовления бюгельного протеза наиболее точным является:
- а) паянный;
 - б) цельнолитой;
 - в) смешанный;
 - г) сочетание цельнолитого каркаса и гнутых плеч кламмера;
 - д) сочетание паянного каркаса и гнутых плеч кламмера.
601. Расположение плеч внутрикостного имплантата по отношению к кортикальной пластинке:
- а) плечи расположены на уровне кортикальной пластинки;
 - б) выше кортикальной пластинки;
 - в) ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм;
 - г) выше кортикальной пластинки на 2-3 мм;
 - д) в зависимости от состояния кости.
602. Для создания костного ложа под пластиночный имплантат используют боры:
- а) любые;
 - б) твердосплавные;
 - в) стальные;
 - г) алмазные;
 - д) алмазные и стальные.
603. Головку титанового имплантата можно изгибать:
- а) на 30 градусов;
 - б) до 10 градусов;
 - в) не более 45 градусов;
 - г) до 15 градусов;
 - д) и сгибать нельзя.
604. При протезировании с опорой на имплантаты завышение высоты нижнего отдела лица:
- а) допустимо во всех случаях;
 - б) недопустимо во всех случаях;
 - в) недопустимо только при полном отсутствии зубов;
 - г) допустимо при опоре на имплантаты и естественные зубы;
 - д) допустимо при использовании имплантата в качестве проме-жуточной опоры.
605. Имплантаты стерилизуются:
- а) в автоклаве;
 - б) в суховоздушном стерилизаторе;
 - в) в автоклаве или в сухожаровом шкафу;
 - г) химическим;
 - д) в этиловом спирте.
606. Показания к проведению имплантации: 1) полное отсутствие зубов; 2) концевые дефекты зубных рядов; 3) потеря одного зуба; 4) неудовлетворительная фиксация съемного протеза; 5) включенные дефекты зубных рядов. Выберите правильный ответ по схеме:

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

607. Противопоказания к проведению имплантации: 1эндокринные заболевания; 2сифилис; 3гемофилия; 4нарушение кальциевого обмена; 5СПИД. Выберите правильный ответ по схеме:

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

608. Плотность компактной костной ткани:

- а) 1.9 г/см³;
- б) 2.6 г/см³;
- в) 0.5 г/см³;
- г) 0.9 г/см³;
- д) 4J г/см³.

609. Плотность титана:

- а) 10.2 г/см³;
- б) 2.7 г/см³;
- в) 4.8 г/см³;
- г) 8.9 г/см³;
- д) 5.5 г/см³.

610. Плотность спонгиозной кости:

- а) 4.8;
- б) 9.6;
- в) 3.5;
- г) 1.2;
- д) 2.2.

611. Остеоинтеграция имплантата это:

- а) плотное укрепление имплантата;
- б) помещение имплантата в костную ткань;
- в) плотный контакт между новообразованной костной тканью и поверхностью имплантата;
- г) наличие фиброзной ткани между имплантатом и костью;
- д) эпителиальная выстилка между имплантатом и костью.

612. Фиброзная интеграция имплантата это:

- а) укрепление имплантата в соединительной ткани;
- б) наличие фиброзной прослойки между имплантатом и костью;
- в) эпителиальное прикрепление к поверхности имплантата;
- г) помещение имплантата под Надкостницу;
- д) нет определения.

613. Двухэтапная имплантация внутрикостных имплантатов проводится:

- а) в целях достижения оссеоинтеграции;
- б) для снижения послеоперационной травмы;
- в) для предупреждения фиброзной интеграции;
- г) при плохих способностях к регенерации костной ткани;
- д) в целях улучшения функционального эффекта.

614. При неправильной установке имплантата в кости могут возникнуть: 1кровотечение; 2подвижность имплантата; 3флегмона; 4рассасывание костной ткани вокруг имплантата; 5повреждение соседних зубов. Выберите правильный ответ по схеме:

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

615. Цель плазменной обработки поверхности внутрикостных имплантатов:

- а) стерилизация имплантата;
- б) упрочнение поверхности;
- в) уменьшение окисной пленки;
- г) изменение кристаллической структуры;

д) увеличение площади поверхности.

616. К потере имплантата могут приводить: 1 плохая гигиена полости рта; 2 нерациональное питание; 3 неудовлетворительная жевательная нагрузка; 4 нарушение обмена веществ; 5 заболевания желудочно-кишечного тракта. Выберите правильный ответ по схеме:

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

617. Цель использования условно съемных протезов: 1 простота изготовления; 2 гигиенические мероприятия; 3 периодическое устранение жевательной нагрузки на имплантат; 4 возможность изучения состояния отдельных имплантатов; 5 использование таких протезов не имеет преимуществ. Выберите правильный ответ по схеме:

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

618. Какое значение имеет четкая информация больного о целях и исходах имплантации?

- а) полная информация имеет первостепенное значение;
- б) информация необязательна;
- в) информация об исходах операции вредна;
- г) следует информировать только о положительных результатах; Д) не имеет значения.

619. Место имплантации в арсенале известных методов стоматологического лечения:

- а) единственный метод, позволяющий получить положительный результат;
- б) имплантация является методом выбора;
- в) имплантация применяется только в исключительных случаях;
- г) имплантация применяется по желанию больного;
- д) имплантация применяется с большой осторожностью, т.к. еще не доказана состоятельность данного вида лечения;

620. Материалы наиболее приемлемы для изготовления хирургического инструментария для имплантации:

- а) любой подходящий для этой цели металл;
- б) металл, из которого и потоплен имплантат;
- в) нержавеющей сталь;
- г) хром кобальтовый сплав;
- д) сталь с покрытием нитридом титана.

621. Значение нормализации окклюзии при имплантации:

- а) один из основных параметров влияющих на успех лечения;
- б) не оказывает влияния на результат имплантации;
- в) может оказывать влияние на результат у некоторых больных;
- г) не придает большого значения устранению окклюзионных нарушений;
- д) оказывает влияние на результат лечения у больных с сопутствующей патологией.

622. Имплантация противопоказана при заболеваниях: 1 сахарный диабет; 2 остеопороз; 3 сифилис; 4 пиелонефрит; 5 хроническая пневмония. Выберите правильный ответ по схеме:

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

623. Количество имплантатов которое может быть максимально установлено у одного больного:

- а) один;
- б) два-три;
- в) не более шести;
- г) 6-8;
- д) ограничений нет.

624. Факторы влияющие на образование тепла при сверлении кости: 1 форма сверла; 2 величина бора; 3 острота бора; 4 давление при сверлении; 5 режим сверления. Выберите правильный ответ по схеме:

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

625. К минимальному нагреву кости ведет:
- непрерывное сверление без охлаждения;
 - непрерывное сверление с охлаждением;
 - прерывистое сверление без охлаждения;
 - прерывистое сверление с охлаждением;
 - нагрев кости не зависит от метода сверления.
626. При превышении температуры критических величин с костной тканью происходит:
- гиперемия;
 - отек;
 - инфильтрация;
 - некроз;
 - пролиферация.
627. Внеротовая запись суставного пути проводится с помощью
- цефалостата
 - гнатостата
 - аксиографа
628. Методика сравнительного изучения длины зубного ряда по дуге и сумме ширины коронок его зубов предложена
- Тонном
 - Герлахом
 - Коркгаузом
 - Нансе
 - Поном
629. Премолярный индекс Пона равен
- 64
 - 85
 - 60
 - 65
 - 80
630. Данные мионометрии позволяют судить
- о тонусе мышц при различных состояниях
 - о перестройке миоэлектрического рефлекса
 - об адаптационных возможностях мышц
 - 1+2+3
631. Электроактивность круговой мышцы рта зависит
- от особенностей строения губ
 - от высоты нижней части лица
 - от степени выпуклости лица
 - 1+2+3
632. Метод аускультации височно–нижнечелюстных суставов для выявления в них шума, хруста, щелканья и диагностики функциональных и морфологических нарушений называется
- осциллография
 - миоартрография
 - артрофонография
 - мастикациография
633. При оценке жевательной эффективности в баллах за единицу измерения избрана функциональная способность
- клыков
 - центральных резцов
 - первых моляров
 - боковых резцов
 - третьих моляров
634. Обследуемому предлагают разжевать 800 мг миндаля до появления рефлекса глотания во время функциональной жевательной пробы
- по Христиансену
 - по Гельману
 - по Рубинову
 - по Соловьеву

635. Метод обследования, позволяющий оценить состояние костной ткани пародонта всех зубов
- 1) окклюзионная рентгенография
 - 2) ортопантомография
 - 3) телерентгенография
 - 4) компьютерная томография
636. Метод обследования, позволяющий наиболее точно оценить строение лицевого скелета
- 1) внутриротовая рентгенография
 - 2) окклюзионная рентгенография
 - 3) ортопантомография
 - 4) телерентгенография
 - 5) компьютерная томография
637. Разделы рентгенэнцефалометрического исследования
- 1) краниометрия, гнатометрия, профилометрия
 - 2) краниометрия, денгетрия, профилометрия
 - 3) фотограмметрия, профилометрия, денгетрия
638. Показатели, отражающие индивидуальные особенности строения лицевого скелета по данным телерентгенограммы
- 1) линейные
 - 2) угловые
 - 3) отношения линейных величин
 - 4) 1+2+3
639. Функции истории болезни
- 1) медицинская
 - 2) юридическая
 - 3) научная
 - 4) статистическая
 - 5) 1+2+3+4
640. Заключение, отражающее состояние здоровья пациента и его прогноз
- 1) диагноз
 - 2) эпикриз
 - 3) 1+2
641. Стоматологические материалы подразделяются
- 1) на основные, вспомогательные, клинические
 - 2) на основные, вспомогательные, эстетические
 - 3) на клинические, технические, вспомогательные
642. Клинические материалы используются
- 1) врачом на клиническом приеме
 - 2) техником для создания протеза или аппарата
643. К физическим свойствам материала относятся
- 1) температура кипения
 - 2) теплопроводность
 - 3) поверхностное напряжение
 - 4) плотность
 - 5) все перечисленное
644. Понятия “прочность, твердость, упругость, вязкость, пластичность” относят
- 1) к химическим свойствам материала
 - 2) к механическим свойствам материала
 - 3) к физическим свойствам материала
645. Являются ли синонимами понятия “пластичность” и “эластичность”
- 1) да
 - 2) нет
646. Вязкость –это
- 1) способность материала оказывать сопротивление действию внешних сил, вызывающих их течение
 - 2) способность материала прилипать к рукам

647. В характеристику химических свойств металлов и сплавов входят такие понятия как
- 1) коррозионная стойкость
 - 2) окисляемость
 - 3) растворимость
 - 4) цветостойкость
 - 5) 1+2+3
 - 6) 1+2+3+4
648. Стоматологический материал оказывает на организм следующее действие
- 1) механическое
 - 2) токсическое
 - 3) аллергическое
 - 4) термоизолирующее
 - 5) все вышеперечисленные
649. Токсическое действие основного стоматологического материала на организм может быть
- 1) непосредственным
 - 2) опосредованным
 - 3) и тем, и другим
650. Главными токсикогенными факторами акриловой пластмассы являются
- 1) пластификаторы
 - 2) стабилизаторы
 - 3) красители
 - 4) мономер
651. Основной стоматологический материал должен быть
- 1) безопасным для организма
 - 2) достаточно прочным
 - 3) эстетичным
 - 4) технологичным
 - 5) 1+2+3+4
652. Отгисные материалы условно делят
- 1) на твердые и эластические
 - 2) на кристаллизирующиеся и термопластические
 - 3) на эластические, термопластические и твердые (кристаллизирующиеся)
653. Гипс относится
- 1) к твердым отгисным материалам
 - 2) к моделировочным материалам
 - 3) 1+2
654. Супергипс получают путем
- 1) нагревания двуводного гипса под давлением 1,3 атм.
 - 2) добавления соли при замешивании
 - 3) замешивания гипса в горячей воде
655. Верно ли утверждение, что чем быстрее схватывается гипс, тем больше прочность полученной модели?
- 1) да
 - 2) нет
 - 3) зависит от вида гипса
656. Цинкоксидэвгеноловую пасту “Репин” применяют
- 1) для получения анатомических отгисков
 - 2) для получения функциональных отгисков
 - 3) для временной фиксации несъемных протезов
 - 4) 1+2+3
 - 5) 2+3
657. Эластические отгисные материалы делят
- 1) на альгинатные, силиконовые
 - 2) на альгинатные, термопластические, силиконовые

- 3) на альгинатные, полисульфидные, полиэфирные, силиконовые

658. Что нужно предпринять после получения оттиска альгинатным материалом?
- 1) позвать техника
 - 2) сразу отлить гипсовую модель
 - 3) положить оттиск в воду
 - 4) проверить качество оттиска
 - 5) провести дезинфекцию оттиска
 - 6) 1+3
 - 7) 4+5+2
659. Выделяют силиконовые материалы со следующими типами химических реакций
- 1) кристаллизации
 - 2) поликонденсации
 - 3) полиприсоединения
 - 4) 1+2+3
 - 5) 2+3
660. При замешивании силиконовой массы руками в латексных перчатках паста не затвердела, потому что
- 1) истек срок годности материала
 - 2) сера из перчаток снизила активность платиносодержащего катализатора
661. Способы гипсовки модели челюсти с восковой репродукцией протеза в кювету
- 1) прямой
 - 2) обратный
 - 3) комбинированный
 - 4) все перечисленные
662. Отливку металлического каркаса дугового съемного протеза проводят
- 1) на рабочей гипсовой модели челюсти
 - 2) на модели из огнеупорной массы
 - 3) на модели из высокопрочного гипса
663. Моделирование каркаса цельнолитых мостовидных протезов проводят
- 1) на модели челюсти из огнеупорной массы
 - 2) на разборной комбинированной гипсовой модели челюсти
 - 3) на модели челюсти из обычного медицинского гипса
 - 4) на модели челюсти из высокопрочного гипса
664. Для получения литых деталей зубных протезов используют
- 1) метод литья по выплавляемым композициям из моделировочного воска в формах из огнеупорного материала
 - 2) метод литья по выплавляемым композициям из моделировочного воска на огнеупорных моделях, помещенных в формы из огнеупорного материала
 - 3) оба метода
665. Процесс удаления окисной пленки (окалины) с поверхности металла называется
- 1) отжигом
 - 2) закалкой
 - 3) отбеливанием
666. Процесс термической обработки металла для придания ему высокой твердости и повышенной прочности называется
- 1) отжигом
 - 2) закалкой
 - 3) отбеливанием
667. Для улучшения обрабатываемости, снятия внутренних напряжений, уменьшения твердости, увеличения пластичности и вязкости сплав металла подвергают
- 1) отжигу

- 2) закалке
3) отбеливанию
668. Метод, позволяющий изменить поверхность металлического каркаса протезов за счет растворения мельчайших выступов и шероховатостей, называется
- 1) электроэрозивной обработкой
 - 2) электрохимической полировкой
 - 3) пескоструйной обработкой
669. Метод, позволяющий изменить поверхность металлического каркаса таким образом, чтобы на ней образовалась сеть однородных мельчайших выступов и шероховатостей, называется
- 1) электроэрозивной обработкой
 - 2) электрохимической полировкой
 - 3) пескоструйной обработкой
670. Разделительная линия – это линия, которая
- 1) является средним углом продольных осей зубов, выбранных для опоры
 - 2) делит поверхность зуба на удерживающую и опорную части
 - 3) является линией наибольшей выпуклости зуба по отношению к вертикальной оси
671. Для определения разделительной линии на опорном зубе применяется
- 1) артикулятор
 - 2) параллеломер
 - 3) окклюдатор
672. Толщина штампованной коронки равна
- 1) 0,1–0,2 мм
 - 2) 0,2–0,3 мм
 - 3) 0,4–0,4 мм
673. Рекомендуемая толщина восковой репродукции каркаса металлокерамической коронки составляет
- 1) 0,4–0,5 мм
 - 2) 0,1–0,2 мм
 - 3) 0,2–0,3 мм
674. Для моделирования каркаса металлокерамической коронки можно использовать
- 1) беззольно–выгорающую пластмассу
 - 2) воск
 - 3) оба вышеперечисленных материала
675. Первый слой керамической массы, наносимый на металлический каркас металлокерамической коронки, называется
- 1) дентинным слоем
 - 2) эмалевым слоем
 - 3) глазурью
 - 4) грунтовым слоем
676. Слой керамического покрытия, который придает металлокерамическому протезу блеск естественных зубов, называют
- 1) дентинным слоем
 - 2) эмалевым слоем
 - 3) глазурью
 - 4) грунтовым слоем
677. Просвечивание металлического каркаса металлокерамической конструкции можно предотвратить благодаря нанесению керамической массы
- 1) дентинного слоя
 - 2) эмалевого слоя
 - 3) глазури
 - 4) грунтового слоя
678. Наиболее предпочтительной формой промежуточной части мостовидного протеза по отношению к слизистой оболочке альвеолярного отростка верхней челюсти в переднем отделе является
- 1) седловидная форма
 - 2) касательная форма

- 3) висячая форма с промывным пространством
679. Наиболее предпочтительной формой промежуточной части мостовидного протеза по отношению к слизистой оболочке альвеолярной части
в боковом отделе является
- 1) седловидная форма
 - 2) касательная форма
 - 3) висячая форма с промывным пространством
680. Увеличение прочности пайки между опорными штампованными коронками и промежуточной частью мостовидного протеза проводят за счет
- 1) утолщения промежуточной части мостовидного протеза
 - 2) уменьшения ширины режущего края или жевательной поверхности искусственных зубов
 - 3) увеличения площади спайки
 - 4) все перечисленное
681. Полное разрушение коронки зуба обусловлено
- 1) отломом коронки при обширной пломбе
 - 2) травмой зуба
 - 3) заболеванием пародонта
 - 4) повышенной стираемостью до шейки зуба
 - 5) 1+3
 - 6) 1+2+4
682. К дефектам коронки зуба относят
- 1) наличие 1/2 коронки над десной
 - 2) наличие твердых тканей зуба на уровне десны
 - 3) разрушение твердых тканей зуба ниже уровня десны до 1/4 длины корня
 - 4) наличие 2/3 коронки над десной
 - 5) 1+2+3+4
683. Периапикальные изменения, позволяющие использовать корень зуба для стоматологического лечения
- 1) хронический фиброзный периодонтит
 - 2) хронический гранулирующий периодонтит с длительной ремиссией
 - 3) киста
684. Штифтовыми зубами можно восстановить
- 1) однокорневые
 - 2) многокорневые
 - 3) 1+2
 - 4) резцы верхней челюсти
685. В однокорневых зубах штифт должен заходить в корневой канал
- 1) на 1/3 длины корня
 - 2) на 1/2 длины корня
 - 3) на 2/3 длины корня
 - 4) на всю длину корня
686. В многокорневых зубах штифты заходят в корневые каналы
- 1) на всю длину корней
 - 2) на 2/3 длины корней
 - 3) на 1/2–1/3 длины корней
687. Противопоказание для протезирования штифтовыми зубами
- 1) однокорневые зубы
 - 2) неполное пломбирование канала
 - 3) короткие или искривленные корни
 - 4) глубокое разрушение корня
 - 5) патологическая подвижность корней
 - 6) 2+3+4+5
688. Возможные способы моделирования искусственной культи со штифтом
- 1) прямой – врачом, непосредственно в полости рта
 - 2) зубным техником на модели по полученному врачом

- двойному оттиску зубного ряда
- 3) 1+2
689. Показания к применению цельнолитых коронок
- 1) нарушение анатомической формы коронок естественных зубов
 - 2) повышенное стирание твердых тканей зубов
 - 3) нарушение цвета коронок естественных зубов
 - 4) 1+2
690. Показания к применению металлокерамических искусственных коронок
- 1) нарушение анатомической формы и цвета коронок естественных зубов
 - 2) повышенное стирание твердых тканей зубов
 - 3) непереносимость пластмассовых облицовок
 - 4) 1+2+3
691. При препарировании зубов под литые коронки уступ формируется
- 1) не доходя до десны
 - 2) на уровне десны
 - 3) апикальнее десневого края
 - 4) 2+3
692. Какой уступ нужно формировать в пришеечной зоне при протезировании металлокерамической коронкой?
- 1) желобообразный
 - 2) под углом 135° к продольной оси зуба
 - 3) не нужно уступа
693. Культя зуба, подготовленная под металлокерамическую коронку, должна иметь наклон боковых стенок в пределах
- 1) $20-25^\circ$
 - 2) $10-12^\circ$
 - 3) $5-7^\circ$
694. При протезировании металлокерамической коронкой по периметру шейки зуба формируется уступ шириной
- 1) 1,3–1,4 мм
 - 2) 2–3 мм
 - 3) 3,5 мм
695. Оттиск при протезировании металлокерамической коронкой получают с помощью
- 1) альгинатных материалов
 - 2) силиконовых материалов
 - 3) гипса
 - 4) термопластических материалов
696. При протезировании металлокерамической коронкой получают оттиск
- 1) двойной
 - 2) функциональный
 - 3) частичный
697. Возможно ли применение пластмассовых коронок для иммобилизации подвижных зубов?
- 1) да, как временная или постоянная шина, особенно при наличии невысоких коронок или депульпированных зубов
 - 2) нет
 - 3) да, но только как временное средство при протезировании металлополимерными или металлокерамическими коронками
698. При препарировании твердых тканей клыков верхней челюсти с живой пульпой особую осторожность следует проявлять
- 1) на верхушках бугорков
 - 2) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности
 - 3) в оральной вогнутости коронки
699. При подготовке полости под вкладку делают фальц

- 1) на 1/3 толщины эмали
- 2) на всю толщину эмали
- 3) на 1/2 толщины эмали
- 4) в пределах твердых тканей, отступив от полости зуба на 0,5–1мм

700. При подготовке полости под вкладку формируют фальц с целью

- 1) предупреждения смещения вкладки
- 2) исключения опрокидывающего момента
- 3) лучшей фиксации и прилегания
- 4) исключения сколов эмали

701. Нравственность это:

- 1) Система оценки личности с позиции соблюдения канонов основополагающих истин человечества
- 2) Наука о религиозном многообразии
- 3) Строгое следование законам конкретного государства

702. Ятрогенные заболевания это:

- 1) болезни из-за врачебных ошибок
- 2) наследственные болезни
- 3) болезни, наследуемые по отцовской линии

703. Генная инженерия это:

- 1) Процедура расшифровки генома конкретного человека
- 2) Введение в геном индивидуума не свойственного для данного участка гена
- 3) Установка замещающего протеза конечности после ампутации

704. Экспертиза качества стоматологической помощи это:

- 1) рентгенологическое исследование зубов
- 2) анализ крови
- 3) всестороннее обследование настоящего стоматологического статуса пациента с учетом жалоб и анамнеза

705. Медицинская документация это:

- 1) Отметка в гражданском паспорте группы крови и резус-фактора
- 2) Утвержденный на государственном уровне перечень формуляров для заполнения данных конкретного пациента и медицинских манипуляциях
- 3) Медицинская книжка для профессионального допуска

706. Добровольное информированное согласие пациента на стоматологическое вмешательство это:

- 1) Запись врача в медицинскую карту о устном согласии пациента
- 2) Заполненный формуляр с собственноручной подписью пациента о том, что он ознакомлен с риском предстоящего вмешательства и полностью осведомлен о возможных вариантах исхода вмешательства
- 3) Устное согласие пациента на вмешательство при не менее, чем двух свидетелях

707. Обладателем лицензии на право оказания стоматологической помощи может стать только:

- 1) врач-физическое лицо
- 2) юридическое лицо
- 3) как юридическое лицо, так и предприниматель без образования юридического лица

708. Назовите основателя глубинной психологии:

1. Бинсвангер
2. .Фрейд;
3. Б.Ф.Скиннер;
4. А.Эллис.

709. Кто разработал психологию отношений?

1. А.Н.Леонтьев;
2. Д.Н.Узнадзе;
3. В.Н.Мясищев;
4. А.А.Бодалев.

710. Кому принадлежит разработка психологии деятельности?

1. М.Я.Басову;
2. А.А.Потебне;
3. А.Н.Леонтьеву;
4. Н.А.Бернштейну.
- 5.

711. К числу первых попыток постановки и решения проблемы локализации высших психических функций в коре головного мозга относятся работы:

1. Галена;
2. Ф.Й.Галля;
3. В.Келлера;
4. А.Р.Лурия.
- 5.

712. Основным предметом реабилитационной нейропсихологии является:

1. установление причинно-следственных отношений между поврежденным мозгом и изменениями со стороны психики;
2. разработка методов инструментального исследования больных с локальными поражениями мозга;
3. восстановление утраченных из-за травмы или болезни высших психических функций;
4. совершенствование представлений о нейропсихологических симптомах и синдромах.
- 5.

713. Автором культурно-исторической теории развития высших психических функций является:

1. И.М.Сеченов;
2. В.М.Бехтерев;
3. Л.С.Выготский.
- 4.

714. Зона ближайшего развития — это:

- 1) ближайший к текущей дате возрастной период;
 - 2) то, что может ребенок с помощью взрослого;
 - 3) уровень достигнутого интеллектуального развития;
- критерий учебной успеваемости.

715. Системообразующим фактором для всех типов функциональных объединений в соответствии с концепцией Анохина является:

- 1) наличие связи между элементами системы;
- 2) многочисленность элементов системы;
- 3) наличие нескольких уровней в системе;
- 4) цель.

716. Термин «гетерохронность» в нейропсихологии обозначает:

- 1) трудности формирования гностических функций;
- 2) неодновременность развития функций;
- 3) патологию со стороны двигательного аппарата;
- 4) различия в результатах нейропсихологического тестирования.

717. Изменчивость мозговой организации функций является отражением:

- 1) принципа системной локализации функций;
- 2) принципа динамической локализации функций;
- 3) принципа иерархической соподчиненности функций;
- 4) всех трех принципов.

718. Жесткость организации мозговых функций обуславливается:

- 1) меньшей подверженностью травмам;
- 2) их реализацией в макросистемах головного мозга;
- 3) более ранним периодом формирования;
- 4) последними двумя обстоятельствами.

719. Основным тезисом эквипотенциализма является:

- 1) многоуровневость организации высших психических функций;
- 2) функциональная равноценность левого и правого полушарий;
- 3) принципиальная схожесть протекания психических функций у всех людей;
- 4) равноценность роли всех зон мозга в реализации психической деятельности.

720. Медиобазальные отделы головного мозга по классификации Лурия относятся:

- 1) к энергетическому неспецифическому блоку;
- 2) к блоку переработки экстероцептивной информации;
- 3) к блоку программирования, регуляции и контроля;
- 4) ни к одному из них.

721. Инструментом выделения нейропсихологического фактора является:

- 1) совокупность физиологических исследований;
- 2) клиническая беседа с больным или испытуемым;
- 3) синдромный анализ;
- 4) математическая процедура.

722. Отличие асинхронии от гетерохронии в развитии психики ребенка заключаются:

- 1) в том, что гетерохрония является естественным фактором развития;
- 2) в масштабности охвата психических функций;
- 3) в том, что асинхрония касается лишь одного аспекта работы мозга;

4) различий нет, это синонимы.

723. Нарушение контроля за исполнением собственного поведения в основном связано с:

- 1) патологией лобных долей;
- 2) повреждением глубоких структур мозга;
- 3) нарушением работы теменно-затылочных отделов;
- 4) височной патологией.

724. К числу задач, решаемых с помощью методов нейропсихологической диагностики, не относится:

- 1) постановка топического диагноза;
- 2) оценка динамики психических функций;
- 3) определение причин аномального психического функционирования;
- 4) выбор форм нейрохирургического вмешательства.

725. Расстройства различных видов ощущений называются:

- 1) агнозиями;
- 2) галлюцинациями;
- 3) сенсорными расстройствами;
- 4) иллюзиями.

726. Общим признаком зрительных агнозий является:

- 1) неспособность увидеть что-либо;
- 2) изменение полей зрения;
- 3) нарушение мыслительных процессов;
- 4) потеря способности узнавания.

727. Неспособность опознать плоский предмет наощупь с закрытыми глазами называется:

- 1) аутоагнозией;
- 2) тактильной агнозией;
- 3) дермолексией;
- 4) соматоагнозией.

728. Аутоагнозия — признак:

- 1) нижнетеменного поражения
- 2) верхнетеменного поражения;
- 3) среднетеменного поражения;
- 4) поражения вторичных отделов зрительного анализатора.

729. Принцип сенсорных коррекций сложных движений был разработан:

В.М.Бехтеревым;
И.М.Сеченовым;
А.Р.Лурия;
Н.А.Бернштейном.

730. Замена нужных движений на шаблонные является признаком:

- 1) кинестетической апраксии;
- 2) пространственной апраксии;
- 3) кинетической апраксии;
- 4) регуляторной апраксии.

731. Приобретенное речевое расстройство вследствие поражения левого полушария называется:

- 1) алалией;
- 2) мутизмом;
- 3) дизартрией;
- 4) афазией.

732. Поражение теменно-затылочной зоны левого полушария часто приводит к:

- 1) эфферентной моторной афазии;
- 2) сенсорной афазии;
- 3) семантической афазии;
- 4) динамической афазии.

733. Основным дефектом при вербальной алексии является:

- 1) слабое зрение;
- 2) нарушения simultанного узнавания;
- 3) перепутывание букв;
- 4) первая и третья причины.

734. Аграфия — это:

- 1) потеря способности к рисованию;
- 2) потеря способности переноса навыков письма с правой руки на левую у правшей;
- 3) навязчивые повторения отдельных букв при письме или штрихов при рисовании;
- 4) нарушение способности правильно по смыслу писать.

735. Неспецифические расстройства памяти преимущественно связаны с работой:

- 1) первого блока мозга;
- 2) второго блока мозга;
- 3) третьего блока мозга;
- 4) всех трех блоков.

736. Поражение конвекситальных отделов лобных долей мозга вероятнее приведет к такому эмоциональному состоянию, как:

- 1) безразличное благодушие;
- 2) грусть;
- 3) депрессия;

4) тревога.

737. Процесс опознания от общего к частному более представлен:

- 1) в левом полушарии;
- 2) в правом полушарии;
- 3) одинаково в обоих полушариях;
- 4) в зависимости от стимульного материала.

738. Левшество — это:

- 1) преобладание размера левой руки над правой;
- 2) совместное преобладание леворасположенных парных органов над правыми;
- 3) преобладание левой руки и левой ноги над правыми;
- 4) различия в чувствительности правой и левой половины тела.

739. Особенностью очаговых поражений мозга у детей является:

- 1) слабая выраженность симптоматики;
- 2) значительная выраженность симптоматики;
- 3) длительный период обратного развития симптомов;
- 4) высокая зависимость от латерализации очага поражения.

740. К основным принципам патопсихологического исследования по Зейгарник относятся все указанные, кроме:

- 1) построения эксперимента по типу функциональной пробы;
- 2) стандартизации процедуры проведения эксперимента и анализа данных;
- 3) качественного анализа хода и результатов исследования;
- 4) изучения закономерностей распада психической деятельности в сопоставлении с закономерностями формирования психических процессов в норме.

741. Существенными характеристиками внимания являются все указанные, кроме

- 1) устойчивость;
- 2) разноплановость;
- 3) переключаемость;
- 4) концентрация.

742. Буквенную корректурную пробу для исследования внимания предложил:

1. В.Шульте;
2. В.И.Векслер;
3. Х.Бурдон;
4. А.Бине.

743. Основателем отечественной школы патопсихологии является:

1. М.С.Лебединский;
2. А.Ф.Лазурский;
3. Б.Г.Ананьев;
4. Б.В.Зейгарник.
- 5.

744. К типичным нарушениям мышления при шизофрении относятся все указанные, кроме:

- 1) резонерства;
- 2) разноплановости;
- 3) соскальзывания;
- 4) склонности к детализации.

745. Для исследования мышления используются все указанные методики, кроме

- 1) «классификации»;

- 2) «исключения предметов»;
- 3) методики Выготского-Сахарова;
- 4) «10 слов».

746. К видам памяти относятся все, кроме:

- 1) оперативной;
- 2) познавательной;
- 3) кратковременной;
- 4) отсроченной.

747. Типичными нарушениями мышления при эпилепсии являются все указанные, кроме:

- 1) замедленности;
- 2) тугоподвижности;
- 3) актуализации малозначимых «латентных» признаков;
- 4) вязкости.

748. Вид психического дизонтогенеза, при котором наблюдается возврат функции на более ранний возрастной уровень, как временного, так и стойкого характера - это:

- 1) ретардация;
- 2) регрессия;
- 3) распад;
- 4) асинхрония.

749. Социально обусловленный вид непатологических отклонений в психическом развитии - это:

- 1) социальная депривация;
- 2) патохарактерологическое формирование личности;
- 3) педагогическая запущенность;
- 4) краевая психопатия.

750. К социально обусловленным видам патологических нарушений онтогенеза относится:

- 1) педагогическая запущенность;
- 2) патохарактерологическое формирование личности;
- 3) акцентуация характера;
- 4) краевая психопатия.

751. Общее психическое недоразвитие - это:

- 1) психопатия;
- 2) олигофрения;
- 3) акцентуация характера;
- 4) педагогическая запущенность.

752. Эмоции умственно отсталых:

- 1) недифференцированы;
- 2) амбивалентны;
- 3) ригидны;
- 4) лабильны.

753. Синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций обозначаются термином:

- 1) педагогическая запущенность;
- 2) психопатия;
- 3) задержка психического развития;
- 4) олигофрения.

754. Аномалия характера, неправильное, патологическое развитие, характеризующееся дисгармонией в эмоциональной и волевой сферах, это:

- 1) задержка психического развития;
- 2) олигофрения;
- 3) психопатия;
- 4) акцентуация характера.

755. Психологическая помощь в общесоматических лечебно-профилактических учреждениях оказывается клиническим психологом:

- 1) самостоятельно;
- 2) совместно с врачом-интернистом;
- 3) совместно с врачом-психиатром;
- 4) совместно с врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом.

756. Нормативом обеспечения психиатрического стационара является должность клинического психолога:

- 1) на 20 коек;

- 2) на 30 коек;
- 3) на 50 коек;
- 4) на 35 коек.

757. Нормативом кадрового обеспечения должностями клинических психологов психотерапевтического кабинета является:

- 1) должность клинического психолога на 25 тыс. обслуживаемого населения;
- 2) должность клинического психолога на 50 тыс. обслуживаемого населения;
- 3) 0,5 должности клинического психолога на один психотерапевтический кабинет;
- 4) должность клинического психолога на один психотерапевтический кабинет.

758. При проведении психотерапии пациента с невротическим состоянием врач-психотерапевт и клинический психолог взаимодействуют следующим образом:

- 1) клинический психолог проводит психодиагностику, а врач-психотерапевт — психотерапию;
- 2) клинический психолог проводит психотерапию, а врач-психотерапевт — медикаментозное лечение;
- 3) врач-психотерапевт проводит психотерапию, а клинический психолог — психокоррекцию;
- 4) врач-психотерапевт и клинический психолог совместно проводят психотерапию с учетом ее различной направленности и целей.

759. Основным содержанием последиplomного обучения клинических психологов по клинической психологии является:

- 1) патопсихология, нейропсихология, психосоматика, психология аномального развития;
- 2) клиническая психодиагностика, психокоррекция, психопрофилактика пограничных расстройств;
- 3) психодиагностика, психокоррекция в различных клинических группах, тренинги, супервизия;
- 4) психодиагностика и психокоррекция психических расстройств, тренинги, супервизия.

760. Клиническая психология оказывает значительное влияние на развитие следующих отраслей медицины, кроме:

- 1) психиатрии;
- 2) травматологии;
- 3) неврологии;
- 4) нейрохирургии.

761. Теоретические и практические проблемы какой специальности не могут разрабатываться без клинической психологии:

- 1) фитотерапии;
- 2) физиотерапии;
- 3) психотерапии;
- 4) лучевой терапии.

762. Кем был предложен термин «биоэтика»?

- Доссе;
Хайдеггером;
Поттером;
Юдиным.

763. Клиническая психология оказывает значительное влияние на развитие следующих общетеоретических вопросов психологии, кроме:

- 1) анализа компонентов, входящих в состав психических процессов;
- 2) изучения соотношения развития и распада психики;
- 3) разработки философско-психологических проблем;
- 4) установления роли личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности.

764. Какая этическая модель в клинической психологии получила наибольшее развитие в последней четверти XX в.?

- 1) модель Гиппократы;
- 2) биоэтика;
- 3) деонтологическая модель;
- 4) модель Парацельса.

765. Какой принцип в клинической психологии может конкретизироваться как этиология и патогенез психопатологических расстройств?

- 1) принцип единства сознания и деятельности;
- 2) принцип развития;
- 3) принцип личностного подхода;
- 4) принцип структурности.

766. Кто ввел в обращение термин «деонтология»?

- Декарт;
Спиноза;
Бентам;
Бубер.

767. Акалькулия часто сочетается с:

- 1) семантической афазией;

- 2) кинестетической апраксией;
- 3) соматоагнозией;
- 4) эмоциональными расстройствами.

768. «Полевое поведение» является результатом поражения:

- 1) лобных долей;
- 2) височных долей;
- 3) затылочных долей;
- 4) теменных долей.

769. Экспериментальным приёмом обнаружения модально-специфических нарушений внимания является:

- 1) корректурная проба;
- 2) одновременное предъявление двух стимулов парным анализаторам;
- 3) управление движущимся объектом;
- 4) узнавание стимульного материала.

770. Дефекты мышления, связанные с опосредованием речевых связей, вызываются:

- 1) поражением конвекситальных отделов лобных долей;
- 2) левовисочными поражениями;
- 3) теменно-затылочными поражениями;
- 4) правовисочными поражениями.

771. «Круг Пейпеса» в основном описывает циркуляцию эмоциональных процессов:

- 1) между теменной и височной долей;
- 2) от зрительного анализатора к третичным полям;
- 3) внутри лимбической системы;
- 4) между ретикулярной формацией и лобной корой.

772. Реактивные состояния, которые проявляются преимущественно нарушением поведения и ведут к социально-психологической дезадаптации, называются:

- 1) патохарактерологические реакции;
- 2) характерологические реакции;
- 3) адаптивные реакции;
- 4) невротические реакции.

773. Непатологические нарушения поведения, которые проявляются только лишь в определенных ситуациях, не ведут к дезадаптации личности и не сопровождаются соматовегетативными нарушениями, называются:

- 1) адаптивные реакции;
- 2) характерологические реакции;
- 3) патохарактерологические реакции;
- 4) невротические реакции.

774. Становление незрелой личности у детей и подростков в патологическом, аномальном направлении под влиянием хронических патогенных воздействий отрицательных социально-психологических факторов, это:

- 1) психопатия;
- 2) патохарактерологическая реакция;
- 3) психогенное патологическое формирование личности;
- 4) акцентуация характера.

775. Патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности, тотальностью и выраженностью расстройств, препятствующие полноценной социальной адаптации субъекта, это:

- 1) патохарактерологические реакции;
- 2) психопатии;
- 3) психогенные патологические формирования личности;
- 4) акцентуация характера.

776. Нарушения поведения, которые квалифицируются на основе правовых норм, обозначаются как:

- 1) саморазрушающее поведение;
- 2) делинквентное поведение;
- 3) криминальное поведение;
- 4) аддиктивное поведение.

777. Нарушения поведения, которые квалифицируются на основе морально-этнических норм, обозначаются как:

- 1) делинквентное поведение;
- 2) криминальное поведение;
- 3) компульсивное поведение;
- 4) саморазрушающее поведение.

778. Форма отклоняющегося поведения, характеризующаяся стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или фиксации на определенных видах деятельности, это:

- 1) компульсивное поведение;
- 2) аддиктивное поведение;
- 3) делинквентное поведение;
- 4) аутодеструктивное поведение.

779. При проведении медико-педагогической экспертизы клинический психолог руководствуется следующими основными критериями, кроме:

- 1) способности к научению, осмыслению и усвоению новых знаний и навыков;
- 2) уровня физического развития ребенка;
- 3) условий развития ребенка, микросоциальной среды, в которой он воспитывался, особенностей его поведения в различных социальных ситуациях;
- 4) уровня знаний и навыков, соответствующих возрастному развитию.

780. При психодиагностической оценке характера предстоящей трудовой деятельности важным является указанное ниже, кроме:

- 1) выносливости;
- 2) утомляемости;
- 3) лабильности волевого усилия;
- 4) осведомленности.

781. Эффект Зейгарник относится к психологическому процессу:

- 1) вниманию
- 2) памяти
- 3) эмоциям
- 4) мышлению
- д) воле

782. Минимальная величина раздражителя, вызывающего едва заметное ощущение называется:

- 1) абсолютным верхним порогом ощущений
- 2) абсолютным нижним порогом ощущений (порогом чувствительности)
- 3) болевым порогом
- 4) дифференциальным порогом ощущений
- 5) оперативным порогом ощущений

783. Ощущения, связанные с сигналами, возникающими вследствие раздражения рецепторов, находящихся в мышцах, сухожилиях или суставах называются:

- 1) экстероцептивными
- 2) интероцептивными
- 3) проприоцептивными
- 4) экстракампинными
- 5) эндоцептивными

784. Психофизический закон Вебера-Фехнера описывает:

- 1) закономерности нарушения памяти
- 2) зависимости эмоциональной реакции от экспектаций
- 3) закономерности нарушений мышления
- 4) закономерности слухового восприятия
- 5) зависимость силы ощущения от величины действующего раздражителя.

785. В результате восприятия образуются все нижеследующие свойства образа за исключением:

- 1) предметность
- 2) категориальность
- 3) целостность
- 4) уникальность
- 5) константность

786. Процесс восприятия, при котором элементы, выступающие как части знакомых фигур, контуров и форм, с большей вероятностью объединяются именно в эти фигуры, форму, контуры называется принципом:

- 1) сходства
- 2) смежности
- 3) замкнутости
- 4) «естественного продолжения»
- 5) близости

787. Расстройство восприятия, при котором происходит образование и восприятие причудливых зрительных образов на основе слияния элементарных особенностей объекта называется:

- 1) физическими иллюзиями

- 2) парейдолическими иллюзиями
- 3) фантастическими галлюцинациями
- 4) фантастическими псевдогаллюцинациями
- 5) эйдетизмом

788. Расстройство узнавания частей собственного тела называется:

- 1) соматогнозией
- 2) соматогнозней
- 3) дисморфоманией
- 4) симптомом Фреголи
- 5) симптомом Капгра

789. Внимание обладает всеми нижеследующими свойствами за исключением:

- 1) устойчивости
- 2) сосредоточенности
- 3) распределения
- 4) длительности
- 5) объема

790. Средний объем внимания человека составляет:

- 1) 1-3 единиц информации
- 2) 3-5 единиц информации
- 3) 5-7 единиц информации
- 4) 7-9 единиц информации

791. Процесс лучшего запоминания незавершенных действий по сравнению с завершенными называется:

- 1) эффектом края
- 2) эффектом Зейгарник
- 3) эффектом ореола
- 4) законом Эббингауза
- 5) законом Вебера-Фехтнера

792. Расстройство памяти, характеризующееся нарушением за-печатления получаемой человеком информации и резко ускоренным процессом забывания, называется:

- 1) антероградной амнезией
- 2) ретроградной амнезией
- 3) фиксационной амнезией
- 4) антероретроградной амнезией
- 5) Корсаковским амнестическим синдромом

793. Нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее, называется:

- 1) конфабуляцией
- 2) реминисценцией
- 3) псевдореминисценцией
- 4) перфорационной амнезией
- 5) гипомнезией

794. К мыслительным операциям относится все нижеперечисленное за исключением:

- 1) суждения
- 2) анализа
- 3) абстрагирования
- 4) синтеза
- 5) обобщения

795. Умозаключение относится к:

- 1) мыслительным операциям
- 2) мыслительным процессам
- 3) мыслительным факторам
- 4) мыслительным видам
- 5) мыслительным механизмам

796. Снижение уровня обобщений и искажение процесса обобщения относят к:

- 1) нарушениям динамики мыслительных процессов
- 2) нарушениям операционной стороны мышления
- 3) нарушениям личностного компонента мышления
- 4) нарушениям процесса внешней опосредованности познавательной деятельности
- 5) нарушениям процесса саморегуляции познавательной деятельности

797. Расстройство мышления, при котором значительно (максимально) затрудняется образование новых ассоциаций вследствие длительного доминирования одной мысли, представления называется:

- 1) инертностью
- 2) резонерством
- 3) персеверацией
- 4) соскальзыванием
- 5) разноплановостью

798. Процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний, а также создания представления об истинном отношении к субъекту со стороны окружающих называется:

- 1) самоактуализацией
- 2) самооценкой
- 3) атрибуцией
- 4) ипохондрией
- 5) рефлексией

799. Антиципация — это:

- 1) способность человека предвзятно воспринимать происходящие события
- 2) способность человека предвосхищать ход событий, прогнозировать вероятные исходы различных действий
- 3) мнемоническая способность человека
- 4) способность человека быстро реагировать на происходящие события
- 5) способность человека вытеснять в подсознание события, носящие негативный эмоциональный характер

800. Особо выраженные эмоциональные состояния человека, сопровождающиеся существенными изменениями в поведении называют:

- 1) стрессами
- 2) фрустрациями
- 3) чувствами
- 4) аффектами
- 5) психическими травмами

801. Местные анестетики относятся

- а) к антигистаминным фармакологическим соединениям
- б) к антагонистам ацетилхолина
- в) к антиаритмическим препаратам
- г) к аналептикам
- д) к нейроплегикам

802. Лидокаин относится

- а) к амину
- б) к эфиру
- в) к амиду
- г) к производному изохинолина
- д) к адамантильному радикалу

803. Какой из местных анестетиков является эфиром пара-аминобензойной кислоты?

- а) азакаин
- б) совкаин
- в) новокаинамид
- г) новокаин
- д) мезокаин

804. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит

- а) от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей
- б) от концентрации препарата
- в) от разрушения тканевыми ферментами

805. Инактивация местных анестетиков осуществляется путем

- а) гидролиза псевдохолинэстеразной плазмы, редукции в печени
- б) соединения с гликулироновой кислотой печени
- в) окисления
- г) выделения почками

806. Лидокаин оказывает антиаритмическое действие

- а) при внутривенном введении в дозе 1-2 мг/кг
- б) не вызывая значительного снижения сердечного выброса
- в) вследствие снижения возбудимости миокарда
- г) значительно быстрее у пациентов во время анестезии, чем у бодрствующих пациентов
- д) у ослабленных пациентов

807. Выраженное сосудорасширяющее действие оказывают
- дикаин, лидокаин
 - совкаин
 - моррин
 - новокаин
808. Действие местного анестетика на ЦНС зависит
- от сочетанного применения местных анестетиков
 - от концентрации
 - от дозы
 - от скорости введения
 - от способа введения
 - верно б), в), г), д),
809. Новокаин является
- антигистаминным препаратом
 - местным препаратом анальгезирующего действия
 - противозудным препаратом
 - ингибитором моноаминоксидаз
 - противошоковым препаратом
810. При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются следующие клинические признаки
- озноб и лихорадка, бледность, сонливость
 - судороги, гипертензия, тахикардия
 - гипотония, судороги, дыхательная недостаточность
 - диспноэ, гипотония, покраснение кожных покровов
 - гиперестезия, головная боль, тошнота, рвота
811. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется
- цианозом, сонливостью; уменьшается назначением в премедикации
 - судорогами
 - тошнотой и рвотой
812. Наибольшей длительностью действия обладает следующий местный анестетик
- тримекаин
 - новокаин
 - Лидокаин
 - маркаин, анакаин
813. Максимальной дозой наиболее часто применяемых вазоконстрикторов является
- адреналин 0.2 мг
 - адреналин 0.02 мг
 - норадреналин 0.4 мг
 - норадреналин 0.2 мг
 - вазопрессин 0.4 мг
 - все вышеперечисленные
814. Для новокаина преимущественное значение имеет
- инфильтрационная анестезия
 - проводниковая анестезия
 - внутрилигаментарная инъекция
 - спонгиозная инъекция
 - внутрипериодонтальная инъекция
815. Для тримекаина преимущественное значение имеет
- инфильтративная инъекция
 - проводниковая инъекция
 - поднадкостничная инъекция
 - внутрилигаментарная инъекция
 - спонгиозная инъекция
816. Для лидокаина преимущественное значение имеет
- инфильтративная инъекция, проводниковая инъекция
 - спонгиозная инъекция
 - внутрилигаментарная инъекция
 - внутрипульпарная инъекция
817. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна
- для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
 - для нижнего первого моляра

в) для центральных нижних резцов

818. Для симпатомимических аминов характерны следующие эффекты

- а) адреналин вызывает увеличение сердечного выброса, а также увеличение кровотока во всех органах
- б) норадреналин вызывает брадикардию
- в) мезатон вызывает вазоконстрикцию
- г) адреналин и норадреналин вызывают увеличение почечного кровотока

819. Применении норадреналина наблюдаются следующие эффекты

- а) Положительное иннотропное действие на сердце
- б) гипергликемия и повышение метаболизма в организме
- в) увеличение коронарного кровотока
- г) вазоконстрикция сосудов почек
- д) повышение работы миокарда

820. Норадреналин вызывает

- а) спазм артерий и расширение вен
- б) расширение артерий и спазм вен
- в) расширение артерий и вен
- г) спазм артерий и вен
- д) причина поражения почек неясна

821. Наименьший клинический эффект достигается при

- а) подкожном пути введения адреналина
- б) внутримышечном пути введения адреналина
- в) внутривенном пути введения адреналина
- г) эпидуральном пути введения адреналина
- д) субарахноидальном пути введения адреналина

822. Какой из следующих местных анестетиков не имеет никакого радикала парааминобензойной кислоты?

- а) лидокаин, совкаин
- б) новокаин

823. Стерилизовать автоклавированием можно

- а) лидокаин, дикаин
- б) тримекаин

824. Болевые рецепторы содержат.

- а) роговица глаза, дентин зуба
- б) сухожилия коленного сустава
- в) надкостница альвеолярного отростка
- г) вещество головного мозга

825. Основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба, является

- а) местное
- б) общее (наркоз)
- в) комбинированное
- г) нейрорешаналгезия

826. Общим обезболиванием является

- а) атаралгезия
- б) эпидотрахеальный наркоз
- в) проводниковая анестезия
- г) вагосимпатическая блокада
- д) инфльтрационная анестезия

827. Общим обезболиванием является

- а) внутривенный наркоз
- б) стволовая анестезия
- в) спинальная анестезия
- г) паранефральная блокада

828. Для ингаляционного наркоза используется

- а) калипсол
- б) фторотан
- в) дроперидол
- г) оксибутират натрия

829. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза,
а) фторотан
б) калипсол
в) циклопропан
г) закись азота
830. Способами неингаляционного наркоза являются
а) масочный
б) внутривенный
в) эндотрахеальный
831. Для неингаляционного наркоза применяется
а) эфир
б) фторотан
в) сомбревин
г) закись азота
832. Для неингаляционного наркоза применяется
а) эфир
б) трилен
в) гексенал
г) закись азота
833. Для неингаляционного наркоза применяется
а) эфир
б) кетамин
в) хлороформ
г) закись азота
834. Наркозом, используемым при длительных и травматических операциях, является
а) масочный
б) внутривенный
в) электронаркоз
г) эндотрахеальный
835. При нейролептаналгезии препараты вводят
а) энгерально
б) внутривенно
в) ингаляционно
г) внутримышечно
836. Препараты, используемые для нейролептаналгезии
а) промедол, треитал
б) циклопропан, морфин
в) гексенал, сомбревин
г) дипидолор, пеиталгин
д) фентанил, дроперидол
837. Атаралгезией называется
а) разновидность нейролептаналгезии
б) самостоятельный способ обезболивания
в) способ проведения ингаляционного наркоза
г) способ проведения неингаляционного наркоза
838. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
а) седативных
б) снотворных
в) транквилизаторов
839. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
а) наркотиков
б) анальгетиков
в) атарактиков
840. Показанием к проведению общего обезболивания является
а) травматичность операции
б) длительность вмешательства
в) неуравновешанность психики больного
841. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является

- а) полный желудок
- б) аллергия к местным анестетикам
- в) неуравновешанность психики больного

842. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва

- а) I-й
- б) II-й
- в) III-й

843. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва

- а) I-й
- б) II-й
- в) III-й

844. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа

- а) через сонное отверстие
- б) через овальное отверстие
- в) через остистое отверстие
- г) через круглое отверстие

845. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей

- а) задних
- б) средних
- в) передних

846. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят

- а) 18,17,16,26,27,28
- б) 18,28.
- в) 14,15,24,25.
- г) 18,17,16,15,14,24,25,26,27,28.
- д) 17,16,26,27,

847. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей

- а) средних и задних
- б) передних и задних
- в) передних и средних

848. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят

- а) моляры
- б) верхняя губа, крыло носа
- в) 11,12,13,14,21,22,23,24.слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
- г) 11,12,13,14,21,22,23,24,слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны

849. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада

- а) носонезного нерва
- б) большого небного нерва
- в) среднего верхнего зубного сплетения

850. В зону обезболивания при анестезии у большого небного отверстия входят слизистая оболочка твердого неба от третьего моляра и

- а) до клыка
- б) до первого резца
- в) до первого премоляра

851. В зону обезболивания при анестезии у резцового отверстия входят слизистая оболочка альвеолярного отростка от резцов до клыков

- а) с небной стороны
- б) с вестибулярной стороны
- в) с вестибулярной и небной сторон

852. Нижнечелюстной нерв является ветвью тройничного нерва

- а) I-ой
- б) II-ой
- в) III-ей

853. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие

- а) сонное
- б) круглое
- в) овальное

г) остистое

854. Двигательной ветвью тройничного нерва называется

- а) n.masseter
- б) n.auriculotemporalis
- в) n.temporalis anterior profundus
- г) n.temporalis medialis profundus

855.Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриворотковым способом является

- а) моляры
- б) височный гребешок
- в) позадиомолярная ямка
- г) крыловидночелюстная складка

856. К внеротовому способу мандибулярной анестезии относится обезболивание

- а) торусальная
- б) подскуловая по Егорову
- в) из подиижнечелюстной области

857. При торусальной анестезии происходит блокада нервов

- а) язычного и щечного
- б) язычного и нижнелуночкового
- в) язычного, щечного и нижнелуночкового
- г) язычного, нижнелуночкового и подбородочного

858.В зону обезболивания при анестезии щечного нерва входят слизистая оболочка щеки и альвеолярной части нижней челюсти от третьего моляра и

- а) до клыка
- б) до первого резца
- в) до первого премоляра

859.При анестезии язычного нерва вкол иглы производят в слизистую оболочку челюстно-язычного желобка на уровне

- а) первого моляра
- б) второго моляра
- в) третьего моляра

860. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится

- а) у сонного отверстия
- б) у овального отверстия
- в) у остистого отверстия
- г) у круглого отверстия

861. Выключение двигательных волокон нижнечелюстного нерва проводится

- а) при рубцовой контрактуре
- б) при вправлении скуловой кости
- в) при воспалительной контрактуре

862. Целью проведения анестезии по Берше является блокада

- а) язычного и нижнелуночкового нервов
- б) язычного, щечного и нижнелуночкового нервов
- в) двигательных волокон тройничного нерва

863. Стволовая анестезия показана при вмешательствах на челюстях

- а) малотравматичных
- б) длительных вмешательствах
- в) малотравматичных и длительных операциях

864. При стволовой анестезии зона обезболивания включает

- а) зубы
- б) всю половину челюсти
- в) слизистую оболочку челюсти

865. Стволовая анестезия верхнечелюстного нерва проводится

- а) у сонного отверстия
- б) у овального отверстия
- в) у остистого отверстия
- г) у круглого отверстия

866. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится

- а) у сонного отверстия
- б) у овального отверстия
- в) у остистого отверстия

- г) у круглого отверстия
867. Ориентиром для проведения стволовой анестезии II и III ветвей тройничного нерва служит
- а) подвисочный гребень
 - б) передний край жевательной мышцы
 - в) наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости
868. Для проведения стволовой анестезии используют иглу длиной
- а) 3-4 см
 - б) 7-8 см
 - в) 10-15 см
869. Ориентиром вкола иглы при анестезии верхнечелюстного нерва по Вайсблату служит
- а) суставной бугорок
 - б) скулоальвеолярный гребень
 - в) середина трагоорбитальной линии
870. Местное осложнение после проведения проводникового обезболивания
- а) неврит
 - б) невралгия
 - в) вазопатия
871. Непосредственным местным осложнением стволовой анестезии является
- а) обморок
 - б) повреждение лицевой артерии
 - в) попадание иглой в полость носа
872. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является
- а) обморок
 - б) гематома
 - в) контрактура
873. Токсичность местных анестетиков проявляется
- а) при гипертиреозе
 - б) при увеличении концентрации анестетика
 - в) при попадании анестетика в кровяное русло
874. Непосредственные общие осложнения, возникающие при передозировке анестетика
- а) тризм
 - б) двигательное возбуждение, судороги
 - в) гиперемия в области введения анестетика
875. Обморок - это
- а) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
 - б) аллергическая реакция на антиген
 - в) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
876. При передозировке адреналина больному необходимо ввести
- а) внутривенно 1 мл атропина
 - б) внутривенно 1 мл мезатона
 - в) внутримышечно 1 мл норадреналина
877. Во время коллапса сознание
- а) сохранено
 - б) не сохранено
878. Коллапс - это
- а) аллергическая реакция на антиген
 - б) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
 - в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
879. Во время коллапса кожные покровы
- а) сухие, бледные
 - б) влажные, бледные
 - в) сухие, гиперемированные
 - г) влажные, гиперемированные
880. Пульс во время коллапса
- а) частый, нитевидный
 - б) нитевидный, редкий
 - в) частый, хорошего наполнения

г) редкий, хорошего наполнения

881. Артериальное давление во время коллапса

- а) повышено
- б) понижено

882. Дыхание во время коллапса

- а) глубокое
- б) поверхностное

883. При подозрении на развитие у больного анафилактического шока на введенный анестетик, проводимая терапия должна включать в себя препараты

- а) аналептики
- б) гормональные
- в) антигистаминные
- г) антигистаминные и аналептики
- д) антигистаминные и гормональные
- е) антигистаминные, аналептики и гормональные

884. Анафилактический шок - это

- а) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
- б) наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген
- в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

885. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде осуществляется

- а) стоматологом
- б) средним медицинским персоналом
- в) врачами специализированной службы

886. Количество толчков в одну минуту при проведении непрямого массажа сердца

- а) 30
- б) 60
- в) 90

887. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются

- а) на эпигастрии
- б) на нижней трети грудины
- в) на средней трети грудины

888. При наступлении клинической смерти внутрисердечно вводят раствор адреналина гидрохлорида

- а) 1%
- б) 10%
- в) 0.1%

889. При клиническом методе обследования жалобы и анамнез включают в себя

- а) общие сведения о больном
- б) анамнез жизни
- в) анамнез заболевания
- г) перенесенные и сопутствующие заболевания
- д) все перечисленные выше

890. Как поступать, если больной не может подробно рассказать анамнез заболевания?

- а) не предавать этому значения
- б) задавать наводящие вопросы
- в) вызвать на беседу родственников
- г) записать в истории болезни, что собрать анамнез заболевания не удалось
- д) верно б) и в)

891. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания,

- а) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются
- б) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи
- в) история болезни заполняется после нормализации состояния

892. Следует ли писать в истории болезни:

"при внешнем осмотре отмечается асимметрия лица"?

- а) обязательно
- б) нет, так как нет симметричных лиц

893. В истории болезни при внешнем осмотре больного отражается

- а) локализация изменений
- б) характер изменений (припухлость, деформация, рубец, дефект)
- в) функциональные нарушения (речи, глотания, жевания)
- г) цвет кожных покровов (нормальные, бледные, цианотичные, гиперемированные)
- д) верно а), б), г)

894. Последовательность осмотра слизистой полости рта

- а) губ, щек (альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба, языка, подъязычной области)
- б) губ, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, языка, щек
- в) губ, языка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, щек, альвеолярных отростков

895. Пальпация относится

- а) к клиническому методу обследования больного
- б) к дополнительному методу обследования больного
- в) к лабораторному методу обследования больного

896. Ложная флюктуация - это

- а) флюктуация воспринимается в одном направлении
- б) отсутствие колебаний жидкости в полости
- в) колебание жидкости во всех направлениях

897. Определяются ли в норме лимфатические узлы лица и шеи?

- а) да
- б) нет

898. Как правильно проводить пальпацию?

- а) от "здорового" к "больному" участку тела
- б) от "больному" к "здоровому" участку тела

899. Бимануальная пальпация применяется

- а) во всех случаях патологии челюстной-лицевой области
- б) в челюстно-лицевой области не применяется
- в) при патологии тканей дна полости рта
- г) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез
- д) только при локализации процесса в щечной области
- е) при локализации процесса на шее

900. При перкуссии зубов определяется

- а) болевая реакция
- б) некроз пульпы
- в) перелом коронки зуба
- г) перелом корня зуба
- д) подвижность зубов

901. Каким из перечисленных эффектов обладает гальванизация?

1. гиперкоагулирующим
2. сосудорасширяющим
3. сосудосуживающим
4. гипокоагулирующим
5. иммуномодулирующим

902. В каких случаях проведение гальванизации не допустимо?

1. поперечно в проекции сердца
2. на голову по лобно-затылочной методике
3. на мужские половые органы
4. на женские половые органы
5. запретных локализаций нет

903. В какой форме возможно введение лекарственных веществ в организм при помощи постоянного тока?

1. ионизированной
2. молекулярной
3. дипольной
4. атомарной
5. при всех перечисленных формах

904. Лекарственный электрофорез – метод сочетанного воздействия лекарственного вещества и:

1. переменного тока
2. импульсного тока
3. постоянного непрерывного тока
4. интерференционных токов

5. магнитного поля

905. Какой электрод при лекарственном электрофорезе является активным?

1. электрод меньшего размера
2. электрод с наличием лекарственной прослойки
3. электрод большего размера
4. оба электрода
5. правильный ответ отсутствует

906. Каким преимуществом перед другими способами введения лекарственных препаратов лекарственный электрофорез не обладает?

1. отсутствие общетоксического действия
2. введения лекарственных препаратов в «чистом» виде, без примесей
3. Возможность введения лекарственного вещества непосредственно в патологический очаг
4. формирование «депо» лекарственного вещества (ионов) в коже
5. отсутствует возможность появления аллергических реакций

907. Какому больному показан лекарственный электрофорез?

1. с множественными нарушениями целостности кожных покровов
2. с острой микробной экземой
3. хроническими воспалительными заболеваниями пародонта
4. при непереносимости тока
5. при склонности к кровотечениям
6. с острым психозом

908. Основным лечебным фактором электросонтерапии является:

1. постоянный электрический ток
2. постоянный импульсный электрический ток прямоугольной формы
3. постоянный импульсный электрический ток полусинусоидальной формы
4. биполярный импульсный ток прямоугольной формы
5. электромагнитное излучение сверхвысокой частоты

909. Чем обусловлено усиление тормозных процессов в коре головного мозга при электросонтерапии?

1. изолированным влиянием на тормозно-возбудительные процессы коры головного мозга
2. торможением активности ретикулярной формации и ствола головного мозга
3. активацией пептидергической системы головного мозга
4. воздействием на сосудодвигательный и дыхательный центры головного мозга
5. усилением кровотока в сосудах головного мозга

910. Повышение концентрации какого вещества в структурах головного мозга способствует усилению снотворного и седативного эффектов электросонтерапии?

1. серотонина
2. холестерина
3. ацетилхолина
4. гистамина
5. тиреотропного гормона
6. адреналина

911. Чем обусловлен седативный и транквилизирующий эффекты электросонтерапии?

1. воздействием на гипногенные структуры ствола головного мозга
2. активацией деятельности мозжечка
3. влиянием на центры регуляции вегетативной НС
4. активацией выделения рилизинг-факторов в гипоталамусе
5. влиянием на зрительный нерв

912. Процедуры электросонтерапии проводят при помощи:

1. индуктора-диска
2. металлических электродов с гидрофильными прокладками
3. волновых излучателей
4. конденсаторных пластин
5. магнитных пластин

913. Чем обусловлен трофостимулирующий лечебный эффект электросонтерапии?

1. восстановлением нарушений вегетативной регуляции внутренних органов и систем
2. улучшением кровообращения в патологическом органе
3. улучшением кровообращения в сосудах головного мозга
4. стимуляция выработки тропных гормонов гипофиза
5. нормализации циклов сна и бодрствования

914. Какое расположение электродов при электросонтерапии?

1. лобно-мастоидальное
2. глазнично-мастоидальное
3. битемпоральное
4. лобно-затылочное
5. на глаза и верхне-шейный отдел позвоночника

915. Какая оптимальная реакция больного при проведении электросонтерапии?

1. дремотное состояние и (или) глубокий сон
2. бодрствование
3. возбуждение
4. ощущение тепла во всем теле
5. двигательное торможение

916. Какой из лечебных эффектов можно получить при помощи амплипульстерапии?

1. анальгетический
2. эффект возбуждения
3. снотворный
4. вентонизирующий
5. актопротекторный

917. Как дозируют силу тока при проведении амплипульстерапии?

1. по ощущению тепла в области наложения электродов
2. по ощущению вибраций под электродами
3. по наступлению анестезии в область электродов
4. в зависимости от места локализации электродов
5. онемение участка кожи в области электродов

918. Для увеличения продолжительности анальгетического эффекта амплипульстерапии следует:

1. увеличить продолжительность процедуры
2. увеличить силу тока
3. изменить глубину модуляции
4. изменить переменный режим подачи тока на постоянный
5. провести амплипульсфорез местных анестетиков

919. Какова частота тока, применяемого при местной дарсонвализации?

1. 20 кГц
2. 2375 МГц
3. 5000 Гц
4. 110 кГц
5. 880 кГц

920. При проведении местной дарсонвализации в окружающем электрод воздухе происходит:

1. образование статического электрического поля
2. ионизация молекул воздуха
3. образование магнитного поля высокой напряженности
4. возникновение упругих колебаний частиц воздуха
5. нет правильного ответа

921. Чем обусловлен бактерицидный эффект местной дарсонвализации?

1. нарушением обмена веществ в микроорганизмах
2. воздействием ионизирующего излучения
3. усилением фагоцитоза в области воздействия
4. деструкцией клеточных оболочек микроорганизма
5. лизисом клеток за счет образования продуктов электролиза

922. Какой физический фактор используется в методике электрофореза?

1. гальванический ток
2. импульсный ток
3. переменный ток
4. ультразвук
5. магнитное поле

923. Какой физический фактор применяется в методе электросна?

1. гальванический ток
2. импульсный ток
3. переменный ток
4. ультразвук
5. магнитное поле

924. Показания к электросну:

1. воспалительные заболевания пародонта
2. обострение хронического периодонтита
3. заболевания ВНЧС
4. стоматологии
5. лихорадка невыясненного генеза

925. Укажите, какое лечебное действие характерно для электросна:

1. десенсибилизирующее
2. противовоспалительное
3. обезболивающее
4. седативное
5. рассасывающее

926. Какой вид тока применяется в дидинамотерапии?

1. постоянный непрерывный ток
2. переменный синусоидальный ток
3. постоянный импульсный ток низкой частоты
4. переменный импульсный ток высокой частоты
5. ультразвук

927. Лечебное действие УВЧ-терапии:

1. противовоспалительное
2. обезболивающее
3. гипертензивное
4. успокаивающее
5. тонизирующее

928. Как осуществляется контроль настройки аппарата УВЧ?

1. по ощущению больного
2. по свечению неоновой лампочки
3. по мощности
4. по гиперемии кожи под электродом
5. по потере чувствительности под электродом

929. Какой физический фактор является действующим в ультразвуке?

1. высокочастотное переменное магнитное поле
2. постоянный импульсный ток
3. высокочастотные механические колебания
4. переменный ток высокой частоты
5. постоянный электрический ток

930. Лечебное действие ультразвуковой терапии:

1. болеутоляющее
2. седативное
3. гипотензивное
4. противовоспалительное
5. гипотермическое

931. Какова физическая природа света?

1. поток электромагнитных колебаний высокой частоты
2. поток электромагнитных колебаний низкой частоты
3. поток энергии проникающей радиации
4. поток электромагнитных колебаний оптического диапазона
5. высокочастотный переменный импульсный ток

932. Какой вид тока применяется в методе электрофореза?

1. импульсный низкочастотный ток
2. ток высокого напряжения
3. постоянный ток малой силы, низкого напряжения
4. высокочастотный переменный импульсный ток
5. переменный ток высокой частоты

933. Какой из аппаратов предназначен для гальванизации?

1. «Ромашка»
2. «Экран»
3. «Тонус- 1»

4. « Луч»
5. « Поток- 1»

934. Укажите максимальную плотность тока, используемую при местных процедурах гальванизации?

1. 5 мА/ кв. см
2. 20 мА/ кв. см
3. 1 мА/ кв. см
4. 0,05- 0,1 мА/ кв. см
5. 12 мА/ кв. см

935. Импульсный ток какой формы используют для электросна?

1. полусинусоидальной
2. экспоненциальной
3. треугольной
4. прямоугольной
5. синусоидальной

936. При каких методах электролечения электроды накладываются с обязательным воздушным зазором?

1. УВЧ – терапия
2. Гальванизация
3. магнитотерапия
4. электросон
5. дарсонвализация

937. Укажите, какой аппарат применяется для получения переменного магнитного поля?

1. « Волна-2»
2. «Полюс-1»
3. « Ромашка»
4. « Искра- 1»
5. « Луч»

938. Укажите, какие виды тока используются в аппарате « Полюс – 1»?

1. Импульсный прямоугольной формы
2. полусинусоидальной формы
3. однополупериодный
4. синусоидальный модулированный
5. экспоненциальный

939. Какой вид энергии используется в ультразвуке?

1. ток высокой частоты
2. импульсный ток
3. механическая энергия
4. Магнитное поле
5. поток электромагнитных колебаний высокой частоты

940. В каких единицах измеряется и дозируется ультразвуковая терапия?

1. Вт
2. В
3. мА/ кв. см
4. Вт/ кв. см
5. см/ с

941. Какой температуры должна быть вода, используемая в качестве контактной среды при УЗТ

1. 28- 32 град. С
2. 32- 36 град. С
3. 32 – 38
4. 38 – 40
5. 26 – 30

942. Какова физическая природа света?

1. поток электромагнитных колебаний высокой частоты
2. электромагнитные волны низкой частоты
3. электромагнитные волны сверхвысокой частоты
4. поток энергии проникающей радиации
5. поток энергии электромагнитных колебаний оптического диапазона

943. В каком диапазоне находятся волны светового излучения?

1. 15 м
2. 10 -12м
3. от 10 до 1м

4. от 1м до 1мм
5. ниже 1мм

944. Какие источники света дают ультрафиолетовое излучение?

1. Лампы накаливания
2. лампы дневного света
3. Дуговые ртутно-трубчатые лампы
4. лампы Минина
5. лампы «Соллюкс»

945. На чем основано биологическое действие инфракрасного излучения?

1. фотохимическое
2. фотоэлектрическое
3. ионизирующее
4. гипотермическое
5. тепловое

946. Повторный курс гальванизации проводится

1. 2 недели
2. 1,5 – 2 месяца
3. 2 – 3 месяца
4. 1 – 6 месяцев
5. 1 раз в год

947. Какие ванны относятся к ароматическим?

1. хвойные
2. кислородные
3. сероводородные
4. минеральные
5. хлоридно-натриевые

948. Повторный курс грязелечения проводится через:

1. 2 месяца
2. 3 месяца
3. 2 недели
4. 6-8 месяцев
5. 12 месяцев

949. Аэрозольтерапия – это метод:

1. лечебного применения аэрозолей лекарственных веществ
2. лечебного применения аэроионов воздушной среды
3. лечебного применения газовых смесей
4. электрофорез
5. фонофорез

950. Для проведения ультразвука используют:

1. вакуумные электроды
2. конденсаторные излучатели
3. излучатели с пьезоэлектрическими свойствами (вибраторы)
4. лампы накаливания
5. индикаторы резонансного типа

951. Магнитотерапия – это воздействие:

1. низкочастотными магнитными полями
2. высокочастотными электромагнитными полями
3. электрического поля высокого напряжения
4. электрического поля низкого напряжения
5. прямоугольным током

952. Глубина проникновения инфракрасного излучения?

1. доли миллиметра
2. 1-5 миллиметров
3. 1-2 сантиметра
4. 5-7 сантиметров
5. 10-12 сантиметров

953. Воздействие красного лазерного излучения запрещено на:

1. кожу лица
2. ВНЧС
3. область сердца и крупных сосудов

4. область гайморовых пазов
5. глаза

954. Метод исследования нервной и мышечной ткани электрическим током называется:

1. электрообезболивание
2. электросон
3. миография
4. электрофорез
5. электродиагностика

955. Здоровая пульпа реагирует на силу тока:

1. 20-30 мкА
2. 2-6 мкА
3. 60 мкА
4. 100мкА
5. 15-20 мкА

956. Для электроодонтодиагностики используют аппарат:

1. УЭИ-1
2. ЭС-4Т
3. ЭОМ-3
4. СНИМ-1
5. АСБ-2-1

957. Противопоказания к применению флюктуоризации является:

1. невралгия тройничного нерва
2. обострение хронического периодонтита
3. хронический генерализованный пародонтит
4. заболевания слюнных желез
5. злокачественные новообразования, склонность к кровотечению

958. Для диатермокоагуляции используют аппарат:

1. АСБ-2-1
2. ДКС-2М
3. ИСКРА-1
4. АМПЛИПУЛЬС-4
5. ЛУЧ-2

959. При облучении ультрафиолетовыми лучами на коже возникают:

1. гиперемия с постепенным исчезновением
2. зуд, припухлость
3. эрозии, язвы
4. гиперемия, эритема, шелушение, пигментация
5. гиперемия и сохраняется в течение 3 суток

960. При лечении хронического пародонтита в стадии ремиссии используют:

1. гидромассаж
2. дарсонвализацию
3. электрофорез
4. УВЧ – терапию
5. фонофорез

961. Метод электрофореза связан:

1. перераспределением ионов внутри и снаружи клеток
2. перемещением молекул воды в катоду
3. способностью сложных веществ диссоциировать в растворителе на ионы
4. вторичным гуморальным действием
5. колебательным перемещением ионов и вращением дипольных молекул

962. Для улучшения витаминобразования, активизации обменных процессов назначают:

1. магнитотерапию
2. электросон
3. дидинамотерапию
4. УФ-облучение
5. дарсонвализацию

963. Местная дарсонвализация показана при:

1. хроническом рецидивирующем афтозном стоматите
2. папилломатоз СОПР
3. склонности к кровотечениям

4. многоформной экссудативной эритеме
5. пиогенной гранулеме

964. При диатермокоагуляции во избежание утечки тока необходимо:

1. провести анестезию
2. изолировать зуб от слюны и высушить его
3. удалить коронковую пульпу
4. наложить лечебную пасту
5. замкнуть цепь

965. Отметить противопоказания для назначения УВЧ-терапии:

1. обострение хронического генерализованного пародонтита
2. неврит лицевого нерва
3. беременность
4. травма мягких тканей СОПР
5. эрозивно-язвенный стоматит

966. В чем заключается специфичность действия микроволновой терапии:

1. наведение вихревых токов
2. осцилляторным эффектом
3. увеличением концентрации ионов на тканевых мембранах
4. повышением возбудимости нервных рецепторов под анодом
5. денатурации и коагуляции белка

967. Для ультразвуковой терапии не характерно действие:

1. противовоспалительное
2. обезболивающее
3. десенсибилизирующее
4. гипотермическое
5. рассасывающее

968. Лазотерапия противопоказана при:

1. хронический гипертрофический гингивит отечная форма
2. хронический рецидивирующий герпетический стоматит
3. эрозивная форма лейкоплакии
4. кариес в стадии белого пятна
5. острый периодонтит в фазе экссудации

969. Назначение физиотерапевтических процедур на ранних стадиях развития воспалительного процесса в челюстно-лицевой области способствует:

1. развитию фазы нагноения
2. регенерации тканей
3. обратному развитию процесса
4. опорожнению гнойного очага
5. венозному застою

970. Хорошей электропроводностью обладают:

1. ороговевший слой эпидермиса
2. костная ткань
3. сухожилие
4. слизистая оболочка полости рта
5. хрящевая ткань

971. При раздражении рецепторов кожи постоянным электрическим током, используемым с лечебной целью, ощущается:

1. сильное жжение
2. легкое жжение, покалывание, пощипывание
3. местное повышение температуры
4. местное понижение температуры
5. выраженная гиперемия, отечность

972. Метод электрофореза позволяет:

1. исследовать нервную ткань
2. исследовать мышечную ткань
3. сконцентрировать действие лекарственного вещества на ограниченном участке
4. исследовать электровозбудимость пульпы
5. исследовать костную ткань

973. Для электрообезболивания используют аппарат:

1. ЭОМ- 1

2. тонус – 2
3. ГР – 2
4. ЭЛОЗ – 1
5. Луч

974. При острых воспалительных процессах в стоматологии можно использовать микроволны мощностью:

1. 4 – 6 Вт
2. 1 – 3 Вт
3. 7 – 10 Вт
4. 5 – 6 Вт
5. 20 -30 Вт

975. Основным противопоказанием к применению диатермокоагуляции в стоматологии является:

1. наличие грануляционной ткани в клиническом кармане
2. недостаточность сердечно – сосудистой системы
3. наличие доброкачественных новообразований
4. заболевания пульпы
5. заболевания периодонта

976. При магнитотерапии аппаратом « ПОЛЮС -1» пациент располагается на стуле:

1. металлическом
2. пластмассовом
3. деревянном
4. комбинированном
5. нет правильного ответа

977. Малые мощности лазерного излучения оказывает:

1. ускорение регенерации тканей
2. бактерицидное действие
3. тепловое действие
4. стимулирующее, анальгезирующее, противовоспалительное действие
5. коагуляцию тканей

978. Оптимальная температура тепловлажных ингаляций:

1. 15 -20 град.
2. до 30 град.
3. 41 -45 град.
4. 38 – 40 град.
5. 10 -15 град

979. Возможные побочные эффекты магнитотерапии:

1. термический ожог
2. индивидуальная непереносимость магнитного поля
3. кожная эритема
4. лихорадка
5. повышение артериального давления

980. В механизме действия ультразвука играет роль:

1. +микровибрация, микромассаж
2. изменение ионной конъюнктуры тканей
3. осцилляторный эффект
4. гипокоагулирующее действие
5. гипотермический эффект

981. При какой ванне температура воды ниже температуры тела?

1. йодобромная
2. углекислая
3. скипидарная
4. жемчужная
5. хвойная

982. В механизме действия при гальванизации играет роль:

1. тепловое действие
2. изменение ионной конъюнктуры тканей
3. механические колебания
4. осцилляторный эффект
5. гипокоагулирующее действие

983. Какова средняя продолжительность парафиновой и озокеритовой аппликации?

1. 1-3 минуты

2. 10-15 минут
3. 5-7 минут
4. 20-30 минут
5. 30-60 минут

984. Какой душ целесообразно использовать при ожирении?

1. игольчатый
2. пылевой
3. дождевой
4. Шарко
5. гипотермический

985. Что из перечисленного противопоказано для УВЧ-терапии:

1. металлическая коронка в области воздействия
2. влажная повязка в области воздействия
3. легкая одежда больного
4. пластмассовый стул
5. кариозные полости в зубах в зоне воздействия

986. Какие из перечисленных аппаратов применяются для СВЧ-терапии:

1. Экран-1
2. ЭОМ-3
3. Луч-3
4. Волна-2
5. Полюс-1

987. Какие из перечисленных лекарственных веществ вводятся при электрофорезе с отрицательного полюса?

1. магний
2. калий
3. кальций
4. йод
5. новокаин

988. Болеутоляющий эффект дидинамотерапии обусловлен механизмами действия токов, реализующимися в:

1. головном мозге
2. спинном мозге
3. периферических проводниках болевой чувствительности
4. во всех указанных отделах нервной системы
5. правильный ответ отсутствует

989. Какое из заболеваний показано для дидинамотерапии?

1. заболевания с болевым синдромом
2. острое гнойное воспаление
3. острый тромбоз
4. закрытые иммобилизированные переломы костей
5. лихорадка неизвестного генеза

990. Введение лекарственных веществ в организм с помощью гальванического тока называется:

1. фонофорез
2. электрофорез
3. диэлектролиз
4. ультразвук
5. дидинамотерапия

991. Хорошей электропроводностью обладают:

1. ороговевший слой эпидермиса
2. костная ткань
3. сухожилие
4. слизистая оболочка полости рта
5. хрящевая ткань

992. Метод электрофореза позволяет:

1. исследовать нервную ткань
2. исследовать мышечную ткань
3. сконцентрировать действие лекарственного вещества на ограниченном участке
4. исследовать электровозбудимость пульпы
5. исследовать эффективность жевания

993. Для электрообезболивания используют аппарат:

1. ЭОМ-1

2. ТОНУС-2
3. ГР-3
4. ЭЛОЗ-1
5. УЭИ-1

994. При лечении заболеваний пародонта магнитная каппа назначается на:

1. 40 – 50 дней
2. 20 – 30 дней
3. 10 – 15 дней
4. 35 – 40 дней
5. 5 – 7 дней

995. В стоматологической практике не используется прием массажа:

1. Поглаживание
2. растирание
3. вибрация
4. поколачивание
5. используются все выше перечисленные методы

996. Массаж лица проводят по ходу:

1. нервов
2. мышечных волокон
3. лимфатических сосудов
4. кровеносных сосудов
5. без учета топографических особенностей

997. При лечении кариеса в стадии пятна применяют методы:

1. флюктуоризацию
2. дарсонвализацию
3. УВЧ – терапию
4. электрофорез микроэлементов
5. электростимуляцию

998. Для профилактики кариеса зубов у ребенка беременной назначают:

1. местное инфракрасное излучение
2. общую франклинизацию
3. общее УФ – облучение
4. местное УФ – облучение
5. электрофорез микроэлементов

999. Гиперестезия эмали при гипоплазии лечится лекарственным электрофорезом:

1. кальция, фосфора, фтора, витамина группы В
2. экстракта алоэ
3. аскорбиновой кислоты
4. лидазы
5. использование электрофореза не эффективно

1000. При эндемическом флюорозе применяют электрофорез глюконата кальция

1. 1% раствор
2. 2% раствор
3. 10% раствор
4. 5% раствор
5. 0,5% раствор

Критерии оценивания тестовых заданий:

«**Отлично**» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«**Хорошо**» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«**Удовлетворительно**» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«**Неудовлетворительно**» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

Задачи

Задача № 1

Больной 27 лет обратился с жалобой на наличие безболезненного опухолевидного образования в подъязычной области справа, которое заметил около полутора месяцев назад. Связывает его появление с частым употреблением варёной рыбы, которую очень любит. Образование медленно увеличивалось в размерах. Неделю тому назад, после приема грубой пищи, обратил внимание на выделение изо рта большого количества вязкой прозрачной жидкости без вкуса и запаха, после чего образование уменьшилось, но через сутки оно вновь стало увеличиваться и достигло прежних размеров, что и вынудило пациента обратиться к врачу. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное. В подъязычной области справа имеется опухолевидное образование размерами 3,5 x 2,0 x 1 см, вытянутой, округло-овальной формы, мягко-эластической консистенции, безболезненное. Слизистая оболочка над ним истончена, полупрозрачная. Сквозь неё просвечивает скопившееся содержимое голубоватого оттенка. Основание языка незначительно смещено в здоровую сторону. При пункции опухолевидного образования получена вязкая, тягучая, прозрачная жидкость.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова возможная причина заболевания?
3. Анатомо-топографическое положение подъязычных слюнных желез.
4. С чем связано уменьшение размеров новообразования? 5. Что представляет собой вязкая, тягучая жидкость?
6. Варианты хирургического лечения данного заболевания.
7. Какие осложнения возможны при проведении операции?

Задача № 2

Больной Б., 37 лет, жалуется на наличие свищей на коже в заднем отделе поднижнечелюстной области справа, ограниченное открывание рта. Три месяца назад был удален разрушенный 48 зуб, после чего появились припухлость в области угла нижней челюсти справа, ограниченное открывание рта. Через месяц и две недели, после «прорыва» припухлости там появились свищи с небольшим количеством гнойного отделяемого. Температура тела почти все время была субфебрильной. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей в области угла нижней челюсти справа и в заднем отделе поднижнечелюстной области, кожа над припухлостью синюшно-багрового цвета, с характерным видом «стёганого одеяла». Здесь же имеются 4 свища со скудным, гнойно-крошковидным отделяемым. При пальпации определяется умеренно болезненный, деревянистой плотности инфильтрат. Рот открывается на 1,5 см между центральными резцами, лунка 48 полностью зажила.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каковы этиологические моменты развития данного заболевания?
3. Каковы пути распространения инфекции?
4. Какие клинические проявления характерны для данного заболевания?
5. Какой метод диагностики может помочь в постановке окончательного диагноза?
6. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены?

Задача № 3

Больной 42 лет поступил в клинику с жалобами на невозможность закрыть рот после акта зевания. При осмотре лицо больного вытянуто в длину за счет смещения нижней челюсти книзу и кпереди. Рот 86 полуоткрыт, из него самопроизвольно вытекает слюна, попытки закрыть рот ни к чему не приводят, только вызывают боль в мышцах и в области височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) с обеих сторон. Больной расстроен и беспомощен. Речь неразборчива. При пальпации в области височно-нижнечелюстных суставов наличия суставных головок в ямках не определяется.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие клинические данные, отсутствующие в описании, характерны для данного вида патологии?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Перечислите факторы, способствующие возникновению данного вида патологии.
5. Классификация данного вида патологии.
6. Проведите дифференциальную диагностику.
7. Методы устранения данной патологии через 1-3 часа после случившегося.
8. Тактика ведения больных после устранения данной патологии.

Задача № 4

Пациентка 43 лет обратилась с целью санации полости рта. Любые стоматологические манипуляции вызывают у нее сильный, неконтролируемый страх. В процессе лечения пациентке предстоит удаление 18, 15, 14, 27, 36, 38, 44 и 46 зубов.

1. Какими способами и средствами можно уравновесить психологическое состояние пациентки?
2. Какими будут особенности премедикации при наличии у пациентки ишемической болезни сердца (сахарного диабета, бронхиальной астмы)?
3. Какой вид обезболивания может быть использован при удалении 18, 15 и 14 зубов?
4. Каким анестетикам будет отдано предпочтение при удалении зубов, если у пациентки гипертоническая болезнь?
5. Опишите методику проведения торусальной анестезии.
6. Каковы критерии наступления торусальной анестезии?

Задача № 5

Через 5 минут после проведения инфильтрационной анестезии 2% раствором лидокаина в количестве 5 мл для удаления 14 зуба, у больного появилось ощущение слабости, бледность кожных покровов, ощущение тяжести за грудиной, шумное дыхание, осиплость голоса, сердцебиение, холодный пот, АД снизилось до 90/50 мм.рт.ст. Затем, после судорог, возникла потеря сознания.

1. О каком осложнении может идти речь?
2. С какими состояниями необходимо дифференцировать описанное осложнение?
3. По каким признакам может проводиться дифференциальная диагностика?
4. Изложите последовательность неотложных мероприятий по борьбе с возникшим состоянием.
5. Каковы возможные варианты течения описанного патологического состояния?
6. Перечислите осложнения местной анестезии общего характера?
7. Профилактика осложнений при местном обезболивании.

Задача № 6

У пациентки, находящейся на 4 месяце беременности возникла необходимость удаления разрушенного 38 зуба по поводу обострения хронического периодонтита.

1. Существуют ли противопоказания к удалению зуба?
2. Какие анестетики наиболее предпочтительны в данной ситуации?
3. Как необходимо подготовить больную к операции удаления зуба?
4. В какой период беременности наиболее рационально проводить плановые стоматологические вмешательства?
5. Какую анестезию следует выполнить?
6. Какие чувствительные нервы, помимо ветвей V пары, участвуют в иннервации слизистой оболочки ретромолярного треугольника и как их блокировать?
7. Каким инструментом можно удалить 38 зуб? Опишите методику.
8. Особенности послеоперационного периода у беременных.

Задача № 7

Каретой скорой медицинской помощи в челюстно-лицевое отделение городской больницы доставлен больной в возрасте 45 лет с жалобами на сильные ноющие боли в области припухлости на верхней челюсти справа, высокую температуру (до 39,5° С), потрясающие ознобы, общую слабость, недомогание, плохой сон и аппетит. Состояние больного средней тяжести. Заболевание связывает с удаленным три дня тому назад 17 зубом, который был долгое время разрушен и неоднократно беспокоил. Местно: выраженная асимметрия лица за счет припухлости в верхнем отделе правой щёчной, скуловой и подглазничной областях справа. Естественные складки сглажены, угол рта справа опущен, глазная щель справа сужена. Кожные покровы над припухлостью гиперемированы, 89 имеется коллатеральный воспалительный отек мягких тканей, пальпация в центре припухлости болезненна. Кожа в этом участке с трудом собирается в складку. Пальпируются увеличенные множественные, болезненные регионарные лимфатические узлы. Открывание рта слегка затруднено – контрактура 1 степени. В полости рта: имеется гиперемия слизистой оболочки в области альвеолярного отростка с вестибулярной и небной сторон в проекции удалённого 17 зуба. Переходная складка от 17 до 13 зуба сглажена. Пальпируется болезненный инфильтрат по переходной складке от 17 до 13 зуба с флюктуацией в центре. Лунка удаленного ранее 17 зуба заполнена остатками распавшимся кровяного сгустка, стенки её покрыты сероватогрязным налетом. Имеется неприятный запах изо рта, подвижность интактных 16, 15 и 14 зубов.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Классификация заболевания.
3. Какие дополнительные методы обследования, позволяющие уточнить диагноз, не указаны в условии задачи?
4. Поставьте окончательный диагноз.
5. Составьте план комплексного лечения.
6. Ваше отношение к зубам, находящимся в очаге воспаления при этом заболевании?
7. Исход заболевания? Возможные осложнения?

Задача № 8

Больной 38 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобой на болезненную припухлость под нижней челюстью слева. Увеличение припухлости возникает при приеме пищи и сопровождается резкими болями колющего характера. Спустя 20-30 минут припухлость постепенно уменьшается, вместе с этим ослабевает интенсивность боли. 90 Болен около 7-8 месяцев, когда впервые обратил внимание на возникающую боль при еде и появление припухлости в поднижнечелюстной области. Периодически припухлость и боли исчезали, но ненадолго. Последний месяц при приеме пищи боли возникали постоянно и были более резкими по сравнению с предыдущим периодом. Общее состояние больного удовлетворительное. При внешнем осмотре патологии не выявлено. При бимануальной пальпации в левой поднижнечелюстной области определяется слегка увеличенная левая поднижнечелюстная слюнная железа, безболезненная, мягко-эластической консистенции. В среднем отделе левого Вартонова протока при бимануальной пальпации определяется наличие овальной формы болезненного уплотнения размерами 1,0 x 0,3 см. 1. Поставьте диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования можно провести?
3. Причины возникновения заболевания.
4. Классификация данной патологии.
5. Опишите методику хирургического лечения данной патологии.
6. Возможные осложнения.

Задача № 9

Больному 36 лет был нанесен прямой удар в подбородок при широко открытом рте, в момент крика о помощи. Почувствовал резкую боль в проекции обоих ВНЧ суставов, зубы впоследствии сомкнуть не смог. По этому поводу обратился в травмпункт, откуда, после выполнения рентгенограммы, был направлен в челюстно-лицевое отделение через 8 часов после получения травмы. При осмотре: лицо выглядит чрезмерно удлинённым из-за того, что больной не может сомкнуть зубные ряды, симптом Фабриканта (или симптом 91 «нагрузки») резко положителен в области обоих ВНЧ суставов. Прикус по типу открытого, со смещением нижней челюсти кзади. Контакт зубовантагонистов только в области последних моляров. Р-граммы выполнены в неприемлемой проекции, нужной информации не несут.

1. О каком повреждении какой кости следует думать?
2. Какие диагностические и лечебные мероприятия следует выполнить?
3. Возможные осложнения и их предупреждение.

Задача № 10

Больная 58 лет обратилась к стоматологу с жалобами на боль в области височно-нижнечелюстных суставов обеих сторон. Начало заболевания пациентка связывает с появлением щелкания в обоих суставах после вывиха нижней челюсти при зевании 3 года тому назад, чему не придавала тогда особого значения. Спустя 1,5-2 года в области суставов стали появляться ноющие боли, которые усиливались при движениях нижней челюстью, особенно при пережевывании жесткой пищи. Объективно: открывание рта чрезмерное, до четырёх пальцев пациентки между резцами. При этом подбородок совершает зигзагообразные движения вначале влево, а затем вправо. Пальпация в области ВНЧ суставов болезненна, при аускультации областей ВНЧ суставов движения суставных головок сопровождается хорошо слышимым хрустом и глухими ударами на вершине амплитуды движения. В полости рта: отмечается двусторонний концевой дефект зубных рядов, отсутствуют 17, 16, 26, 27 зубы. Прикус ортогнатический с глубоким резцовым перекрытием. На рентгенограмме по Шюллеру-Майеру отмечается уплотнение кортикальных замыкательных пластинок суставных головок с явлениями остеосклероза. Суставные щели сужены в задних отделах ВНЧ суставов. При широко открытом рте 92 суставные головки находятся кпереди от суставных бугорков, которые сглажены и имеют небольшую высоту, особенно правый.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Какие особенности анатомического строения ВНЧС Вы знаете?
3. Классификация разновидностей данного заболевания
4. Этиология и патогенез данного заболевания.
5. Дифференциальная диагностика.
6. Составьте план комплексного лечения.

Задача № 11

Больной 23 лет обратился в клинику с жалобами на боли и припухлость кпереди от козелка уха в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) слева, резкое ограничение открывания рта. Боли усиливаются при попытке приеме пищи, при движениях нижней челюстью. Из анамнеза выявлено, что острая боль возникла после получения удара «в ухо» слева около 12 часов назад. Больной сознания не терял, тошноты и рвоты не было. Появившийся отек мягких тканей в околоушной области слева постепенно нарастал, усиливалось и ограничение подвижности нижней челюсти. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица за счет отека мягких тканей околоушной области слева, ближе к козелку уха имеется подкожная гематома размером 2,2 x 1,9 см, пальпация в этом участке болезненна. Открывание рта резко ограничено – до полутора см между резцами. В полости рта: ортогнатический прикус, целостность альвеолярных отделов челюстных костей не нарушена, при открывании рта боковых смещений нижней челюсти не определяется. При

рентгенологическом 93 исследовании по Шюллеру костные структуры, образующие сустав, в норме, суставная щель слева несколько расширена при сомкнутых челюстях.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие особенности височно-нижнечелюстного сустава Вы знаете?
3. Этиология данного заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Составьте план лечебных мероприятий.
6. Особенности ведения больных с такой патологией.
7. Прогноз.

Задача № 12

Больной 27 лет обратился с жалобами на невозможность полноценного открывания рта. Питается только жидкой пищей, ограничение движений нижней челюсти происходило постепенно, в течение полугода. Шесть месяцев тому назад в результате имевшей место обширной флегмоны справа образовались несколько рубцов на месте имевшихся разрезов после лечения в стационаре. Рубцы со временем становились всё грубее, а открывание рта становилось всё более ограниченным. При внешнем осмотре в месте соединения скуловой кости и скуловой дуги справа на коже имеется втянутый трёхлепестковый рубец. При пальпации определяется рубцовый конгломерат под кожей, идущий от скуловой дуги к венечному отростку. Движения суставных головок сохранены, но в ограниченном объёме. Открывание рта на 8-9 мм между резцами. В полости рта: большое количество мягкого зубного налёта, остатки пищи в складках слизистой оболочки и в области переходных складок.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каковы причины, вызывающие заболевание?
3. Классификация данной патологии
4. Дайте определение заболевания.
5. Методы лечения этой патологии.
6. Причины рецидивов данного заболевания и их профилактика.

Задача № 13

Через 5 минут после проведения инфильтрационной анестезии 2% раствором лидокаина у шестидесятилетней пациентки гиперстенического телосложения, в количестве 5 мл с 0,1% раствором адреналина для удаления 14 зуба, появилось ощущение головокружения, головная боль, гиперемия кожи лица, шумное дыхание, сердцебиение, холодный пот, АД поднялось до 190/110 мм.рт.ст. Затем появился шум в ушах, звон, стук «молоточков» в височных областях, позывы к рвоте.

1. О каком осложнении может идти речь?
2. С какими состояниями необходимо дифференцировать описанное осложнение?
3. По каким признакам может проводиться дифференциальная диагностика?
4. Изложите последовательность неотложных мероприятий по борьбе с возникшим состоянием.
5. Каковы возможные варианты течения описанного патологического состояния?
6. Перечислите осложнения местной анестезии общего характера?
7. Профилактика осложнений при местном обезболивании.

Задача № 14

У больного 35 лет, готовящегося к протезированию, при обследовании опорных зубов на R-грамме выявлено наличие очага деструкции костной ткани альвеолярного отростка округлой формы, с 95 четкими контурами, размерами 2,5 x 2 см, связанного с верхушками интактных 12, 13 зубов. Каналы 12, 13 не запломбированы.

1. Какой диагноз вы поставите этому больному?

2. Каков план лечения? Что необходимо сделать перед операцией?
3. Какие виды обезболивания следует применить при оперативном вмешательстве у такого больного?
4. Каким анестетикам следует отдать предпочтение?
5. Какое хирургическое вмешательство показано при таком патологическом процессе? Опишите основные этапы хирургического вмешательства
6. Медикаментозное и другие виды лечения в послеоперационном периоде.
7. Что можно использовать для стимуляции остеогенеза в зоне деструкции костной ткани?

Задача № 15

Больной 43 лет жалуется на боль и припухлость в области зуба на нижней челюсти слева. Подобные обострения уже возникали раньше и были связаны с простудными заболеваниями. В анамнезе: хроническая пневмония, хронический бронхит. Местно: 35 зуб имеет кариозную полость на $\frac{1}{2}$ коронки, сообщающуюся с полостью зуба. Перкуссия 35 зуба болезненна. Слизистая оболочка в проекции корня 35 зуба гиперемирована, отечна, пальпация болезненна. На R-грамме отмечается тень пломбирочного материала в канале 35 зуба на $\frac{1}{3}$ длины корня. У верхушки корня имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы с четкими контурами, диаметром около 4мм. 96

1. Поставьте диагноз.
2. В каких патогенетических взаимоотношениях могут находиться хронические околоверхнечелюстные очаги и воспалительный процесс в дыхательных путях?
3. Решите вопрос о целесообразности сохранения 35 зуба и возможных путях решения этой проблемы.
4. В случае удаления, какую анестезию можно провести? Опишите методику.
5. Какие щипцы Вы предпочтете, и в какое положение усадите больного?
6. Опишите этапы удаления зуба и положение левой руки врача при этом.
7. Как добиться полноценного формирования сгустка?
8. Каковы прогнозы при различных подходах к лечению

Задача № 16

Больной 39 лет обратился с жалобами на периодически возникающие ноющие боли в области 36 зуба, которые начали проявляться полгода назад после его лечения. Объективно: 36 зуб под пломбой, изменён в цвете, перкуссия его слабо болезненна, слизистая оболочка вокруг 36 гиперемирована, отёчна и пастозна, слегка цианотична. В проекции корней 36 зуба, на слизистой оболочке десны, имеется нефункционирующий на момент осмотра свищевой ход. На R-грамме: определяется участок деструкции костной ткани с неровными краями размерами до 2 мм в области бифуркации корней 36 зуба. Тень пломбирочного материала прослеживается до верхушечных отверстий всех каналов 36 зуба.

1. Поставьте диагноз.
2. На каком этапе лечения была допущена ошибка?
3. Возможно ли сохранение 36 зуба консервативными методами?
4. Какую зубосохраняющую операцию можно провести в данной ситуации?
5. Как подготовить больного к операции?
6. В случае удаления зуба, какую анестезию следует провести? Опишите методику.
7. Выбор щипцов и этапы удаления 36 зуба.
8. Какие действия нужно предпринять после удаления зуба у данного больного?

Задача № 17

Больной 58 лет обратился с жалобами на выраженную подвижность 42, 41, 31, 32 зубов на нижней челюсти, боль при попытке откусывания твёрдой пищи. Объективно: коронки 42, 41, 31, 32 зубов интактны, корни 42, 41, 31, 32 оголены на $\frac{2}{3}$ своей длины. Подвижность зубов 3 степени. Слизистая оболочка вокруг указанных зубов обычной окраски. На R-грамме

определяется оголение корней зубов 42, 41, 31, 32 на 2/3 длины, резорбция окружающей костной ткани, значительное расширение периодонтальной щели вокруг указанных зубов.

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите анестетик и вид анестезии.
3. Чем Вы должны руководствоваться при выборе анестетика?
4. Какие щипцы Вы используете для удаления 42, 41, 31, 32 зубов?
5. Положение врача и положение больного при удалении 42, 41, 31, 32 зубов.
6. Этапы удаления 42, 41, 31, 32 зубов в данном конкретном случае.
7. Этапы заживления лунки.

Задача № 18

Больная 37 лет обратилась с жалобами на обильное кровотечение из лунки 36 зуба, удаленного 3 часа назад. Сутки назад у неё начались регулы.

1. В чём заключается грубая ошибка хирурга стоматолога, удалившего зуб?
2. Какими могут быть общие и местные причины луночкового кровотечения?
3. Как определить, из какого участка тканей, окружающих лунку, отмечается кровотечение?
4. Какие возможные варианты остановки кровотечения следует применить при преобладании общих его причин?
5. Перечислите местные способы остановки луночкового кровотечения.
6. Профилактика луночковых кровотечений.

Задача № 19

Больная 27 лет обратилась в хирургический кабинет с жалобами на боль в области лунки удаленного накануне 45 зуба, неприятный запах изо рта, слабость, нарушение сна и аппетита, повышение температуры тела до 37,5 °С. При внешнем осмотре отмечается незначительный отек кожи в нижнем отделе правой щёчной области, регионарные лимфатические узлы слегка увеличены, безболезненны. Кожа в этих участках цвете не изменена. Открывает рот свободно. В полости рта: лунка отсутствующего 45 пустая, стенки ее покрыты грязно-серым налетом. Слизистая оболочка вокруг гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования нужно провести?
3. Перечислите возможные причины возникшего осложнения.
4. Какова лечебная тактика врача в подобной ситуации?
5. Какое местное лечение следует провести больной?
6. Какое общее медикаментозное лечение должно быть назначено этой больной?
7. Каким образом оценивается трудоспособность такого больного? 8. Возможный прогноз и сроки лечения.

Задача № 20

У пациентки, находящейся на 9 месяце беременности, возникла необходимость удаления разрушенного 16 зуба по поводу обострения хронического периодонтита. 1. Существуют ли в данном случае противопоказания к удалению зуба? 2. Какие анестетики наиболее предпочтительны в данной ситуации? 3. Как подготовить больную к операции удаления зуба? 4. В какой период беременности наиболее рационально проводить плановые стоматологические вмешательства? 5. Какие варианты анестезий можно использовать? 6. Каким инструментом можно удалить 16 зуба? Опишите методику. 7. Особенности послеоперационного периода у этой пациентки.

Задача № 21

Для удаления разрушенного 17 зуба врач попросил у медсестры S-образные щипцы с шипом справа. В момент люксации произошел перелом выступающей над слизистой оболочкой части зуба.

1. Какая ошибка была допущена при выборе щипцов?
2. Каким инструментом можно завершить удаление зуба?
3. Опишите технику удаления неразъединенных корней 17 зуба.
4. Что предпринять, если в момент удаления зуба произошла перфорация дна гайморовой пазухи?
5. Как поступить, если при удалении 17 зуба один из корней оказался в гайморовой пазухе?
6. Каким способом можно защитить лоскут, закрывающий перфорационное отверстие дна гайморовой пазухи?
7. В чём будет заключаться особенность послеоперационного периода у данного пациента?

Задача № 22

В стоматологическую поликлинику обратился больной 49 лет с жалобами на наличие припухлости в области угла нижней челюсти справа, общую слабость, плохой сон, плохой аппетит, наличие повышенной (до 37,6*С) температуры. В анамнезе: в течение трёх лет состоит на учёте у фтизиатра по поводу специфического процесса в правом лёгком и поражения правого тазобедренного сустава. Реакция Манту, проведенная месяц тому назад, дала положительный результат. Считает себя больным около 2 месяцев, когда появились боли в 48 зубе, а затем припухлость в области угла нижней челюсти справа. По месту жительства стоматологом была произведена периостотомия в ретромоллярном треугольнике, назначены антибиотики, сульфаниламиды. Состояние улучшилось, но спустя несколько дней вновь появилась болезненная припухлость в этой же области, которая, несмотря на продолжающееся лечение, неоднократно возобновлялась. В итоге хирург удалил 48 зуб, а через 10-12 дней на коже в области припухлости был произведен разрез, из которого выделялся густой гной, а затем творожистоподобная масса. При обострениях повышалась температура тела до 38-38,5°С. В момент стихания острых явлений температура тела снижалась до 37,3°С. В полости рта, в проекции удалённого 48 зуба, имеется неправильной формы язва с кратерообразными стенками. Имеется грязно-жёлтый налёт. С 101 Пальпация вокруг язвы, особенно её стенок, резко болезненна. Из свища в проекции угла нижней челюсти справа (где раньше был сделан разрез) выделяется в небольшом количестве густой зеленоватый гной с казеозным распадом. На представленной рентгенограмме тела и ветви нижней челюсти справа на фоне остеопороза определяются единичные, различной величины и формы костные дефекты неправильной формы, с нечёткими контурами.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Этиология данного заболевания.
4. Определите тактику врача поликлиники по отношению к данному больному.
5. Какое лечение необходимо провести и в условиях какого стационара?
6. В чём конкретно будет заключаться стоматологическая помощь?
7. Возможный исход данного заболевания?

Задача № 23

В клинику челюстно-лицевой хирургии поступил больной 35 лет, с жалобами на резкую болезненную припухлость в области угла нижней челюсти слева, общую слабость, недомогание, плохой сон, потливость, озноб, высокую температуру. В районной поликлинике 5 дней назад был удален 36 зуб с разрушенной коронковой частью. Имелась небольшая деструкция костной структуры нижней челюсти у верхушек корней 36, определявшаяся рентгенологически. Боли прекратились, но на 2 день после удаления зуба

появилась болезненная припухлость под краем нижней челюсти слева, постепенно увеличивающаяся в размерах, ухудшилось общее состояние. Обратился к лечащему врачу, который произвел периостотомию, назначил 102 противовоспалительное лечение, но улучшения не наступало: припухлость увеличивалась, значительно ухудшилось общее состояние и больной был направлен в челюстно-лицевое отделение. Объективно: общее состояние средней тяжести, температура тела 39,5°C. Местно: асимметрия лица за счет наличия припухлости в нижнем отделе щёчной и поднижнечелюстной областях слева, которая распространяется и в подподбородочную область. Кожные покровы над припухлостью гиперемизованы, кожа отёчна, лоснится, не собирается в складку, естественные складки сглажены. Пальпаторно в центре припухлости определяется плотный болезненный инфильтрат с флюктуацией в центре, на коже при пальпации остаются пальцевые вдавления. Открывает рот с некоторым затруднением (из-за припухлости). В полости рта: лунка удалённого 36 зуба в удовлетворительном состоянии, закрыта сгустком. Вокруг – незначительный отёк слизистой оболочки. Оставшиеся большие и малые коренные зубы интактны, неподвижны, безболезненны при перкуссии.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте адекватное комплексное лечение.
4. Опишите характер операции.
5. В чем состоит особенность послеоперационного ведения данного больного?
6. Возможные осложнения?

Задача № 24

Каретой скорой медицинской помощи в клинику челюстно-лицевого отделения городской больницы доставлен больной в возрасте 45 лет с жалобами на сильные, ноющие боли и припухлость в области лица справа, высокую температуру (до 39,5°C), потрясающие ознобы, общую слабость, недомогание, плохой сон и аппетит, незначительную заложенность 103 носа справа. Состояние больного средней тяжести. Заболевание связывает с удалением три дня назад 17 разрушенного зуба. Местно: выраженная асимметрия лица за счет припухлости в скуловой, верхнем отделе щёчной и подглазничной областях справа. Естественные складки сглажены, угол рта опущен, глазная щель сужена. Кожные покровы над припухлостью гиперемизованы. Пальпируется реактивный воспалительный отек мягких тканей, пальпация болезненна. Кожа с некоторым трудом собирается в складку. Определяются увеличенные болезненные лимфатические узлы в позадищелюстной области справа. Рот открывает с некоторым затруднением – контрактура 1 степени. В полости рта: имеется гиперемия слизистой оболочки вокруг лунки удалённого 17 зуба с вестибулярной и нёбной сторон, переходная складка сглажена. Пальпируется отек с незначительной инфильтрацией мягких тканей от 13 до 18 зубов, с флюктуацией в центре. Лунка удаленного ранее 17 зуба заполнена распавшимся кровавым сгустком, покрытым серовато-грязным налетом. Определяется неприятный запах изо рта, подвижность 16 и 18 интактных зубов.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Классификация заболеваний.
3. Какие дополнительные методы обследования не указаны в задаче?
4. Составьте план лечения.
5. Тактика врача в отношении подвижных интактных 13 и 18 зубов.
6. Варианты исхода заболевания? Возможные осложнения.

Задача № 25

В клинику челюстно-лицевого отделения 4-й городской больницы поступил больной в возрасте 35 лет с жалобами на общую слабость, наличие болезненной припухлости щеки слева с множеством 104 свищей на коже, ограниченное открывание рта. Больным себя считает более года, когда в условиях поликлиники проводилось лечение 36, 37 зубов,

осложнившихся воспалительным процессом прилежащих мягких тканей. Трижды больному врач вскрывал больному поднадкостничные абсцессы в прилежащих к зубам тканях. Наступало временное улучшение. В последующем появилась припухлость в области угла нижней челюсти слева, появилось затруднение при открывании рта. Образовались свищи с гнойным отделяемым. Отмечалась слабость и потеря веса. Обратился в очередной раз в поликлинику по месту жительства, откуда хирургом-стоматологом был направлен в стационар. Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 °С. Такая температура была на протяжении всего периода болезни. Местно: отмечается асимметрия лица за счет умеренно болезненной припухлости в нижнем отделе щёчной области тела и поднижнечелюстной области слева. Кожные покровы над припухлостью слегка отёчны и цианотичны. Наряду с этим имеются участки размягчения мягких тканей и рубцовые тяжи, располагающиеся под кожными покровами и ведущие к корням 36 и 37 зубам. Открывание рта затруднено и ограничено до 2 см. В полости рта: определяется инфильтрация мягких тканей в ретромоларном пространстве и в области небных дужек. Прорезывание 38 зуба частичное, над ним имеется «капюшон» из рубцово изменённых мягких тканей, покрывающий наклонно расположенный 38 зуб, который упирается своими передними буграми в пришеечную часть коронки 37 зуба. Имеется отёк и гиперемия слизистой оболочки вокруг указанных зубов, пальпация в этих участках слегка болезненна.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования, не указанные в задаче, нужно провести, чтобы поставить развернутый заключительный клинический диагноз?

3. Объясните сущность дистопии и ретенции.

4. Каким образом при данном заболевании в процесс вовлекаются прилежащие мягкие ткани?

5. Что такое «капюшон»?

6. В чём будет заключаться лечение?

Задача № 26

Больная в возрасте 29 лет обратилась в стоматологическую поликлинику по месту постоянного жительства с жалобами на появившееся покраснение кожных покровов лица, захватывающее области щеки слева и справа, носа и верхней губы слева, с ощущением жжения и зуда, слабость, высокую температуру до 39° С, озноб. Неделю тому назад перенесла простудное заболевание, после чего на верхней губе слева появился прыщ, который безуспешно пыталась выдавить. Больной себя считает третий день. Без видимых причин на коже левой щеки появилось красное жгучее пятно, быстро увеличивающееся в размерах, захватывая другие участки лица. За медицинской помощью не обращалась, несмотря на ухудшение состояния. Объективно: общее состояние больной средней тяжести. Настроение подавленное. Температура тела 39,2° С, кожные покровы несколько бледны. Местно: на коже левой и правой щек, носа и верхней губы слева определяются возвышающиеся над поверхностью кожных покровов участки гиперемии, соединенные между собой узкими перемычками. В целом складывается картина, напоминающая «крылья бабочки». Кожа в зоне гиперемии, похожей на «языки пламени», лоснится, напряжена и отечна. Здесь же больным отмечается жгучая боль, зуд. В поднижнечелюстных областях с обеих сторон пальпируются болезненные, увеличенные лимфатические узлы.

1. Поставьте диагноз.

2. Какие другие формы имеет данное заболевание?

3. Определите тактику врача поликлиники.

4. Этиологии и патогенез.

5. Дифференциальная диагностика.

6. Составьте план лечения.

7. Возможные варианты исхода заболевания.

8. Требуется ли карантинные мероприятия? В чём они заключаются?

Задача № 27

На 9-й день после начала заболевания больной 33 лет был доставлен в клинику челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии из районной больницы. В поликлинике района был удален неправильно прорезавшийся 38 зуб. Спустя 2 дня после удаления появилась болезненная припухлость в области нижней щеки слева, которая быстро распространилась в подъязычную, поднижнечелюстную области, а также в область бокового треугольника шеи этой стороны. В районной больнице был сделан дугообразный разрез кожи и мягких тканей в поднижнечелюстной области слева, на 5-й день после удаления 38 зуба. Гнойного отделяемого из разреза при этом не было получено. Процесс распространился в подподбородочную область и на другую сторону шеи. Было сделано ещё 2 разреза: по срединной линии и в правой поднижнечелюстной области. Улучшения не наступило. В этой связи больной был доставлен в челюстно-лицевое отделение. Объективно: общее состояние крайне тяжелое. Сознание спутанное, временами больной впадает в кому. Пульс 92 удара в минуту, аритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, у верхушки прослушивается систолический шум, дыхание учащенное, поверхностное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледной окраски. Местно: лицо одутловатое, как бы широкое и удлинённое. Воспалительный процесс захватывает все прилегающие области к нижней челюсти область и шею. Имеются три послеоперационных разреза, 107 изолированных друг от друга, длиной около 2-3 см каждый. Вокруг разрезов пальпируются плотные, болезненные инфильтраты, местами ткани под пальцами крепитируют. Кожные покровы в этих участках гиперемированы, цианотичны. По срочным показаниям произведено широкое хирургическое раскрытие всех пораженных клетчаточных пространств с помощью воротникообразного разреза. При этом получено незначительное количество мутной, зловонной жидкости в виде «мясных помоев». Мягкие ткани имели вид «вареного мяса». Проводилось этиопатогенетическое, дезинтоксикационное, десенсибилизирующее и симптоматическое лечение. Несмотря на интенсивную терапию, у больного возникло бредовое состояние, неоднократно появлялась рвота и через 42 часа после операции больной, не приходя в сознание, скончался. На основании данных клиники и аутопсии, помимо основного заболевания, были выявлены обширные очаги поражения в средостении, паренхиматозных органах и в головном мозге (токсический миокардит, токсический гломерулонефрит и гепатит, токсическая пневмония, менингит, медиастинит, абсцессы головного мозга), что и привело к летальному исходу.

1. Поставьте диагноз, приведший к осложнениям.
2. Какие дополнительные симптомы, характерные для описанных выше осложнений, не указаны в ситуационной задаче?
3. Какие методы обследования, проведенные в стационаре, в задаче не указаны?
4. Какие ошибки были допущены на доклиническом этапе лечения данного больного?

Задача № 28

Больная 36 лет поступила в клинику челюстно-лицевого отделения городской больницы с жалобами на наличие тупой, распирающей 108 боли под глазом справа, боли в области лба и виска, закладывание носа, нарушение обоняния, периодическое выделение слизи и гноя из правой половины носа, головную боль, быструю утомляемость, недомогание, появляющееся к концу дня. Больной себя считает более 2-х лет. Тогда впервые появились резкие боли в 16 зубе, общая слабость, недомогание, сильная головная боль, боль в области верхней челюсти справа, повышение температуры до 38°C, затрудненное носовое дыхание и выделение мутной жидкости из правой половины носа при наклоне головы вниз. Было произведено эндодонтическое лечение 16 зуба и параллельно прошла курс лечения антибиотиками, сульфаниламидами и анальгетиками. Через две недели выделения из носа прекратились, улучшилось общее состояние, припухлость в подглазничной области справа исчезла. В течение двух лет болезненные проявления в области верхней челюсти возобновлялись

неоднократно, причём возникали после простудных заболеваний. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 °С. Местно: при внешнем осмотре грубых патологических изменений не выявлено. В полости рта: гиперемия и незначительный отек слизистой оболочки преддверия полости рта в проекции 17, 16, 15 и 14 зубов. Перкуссия 16 зуба, покрытого металлической коронкой, болезненна. На дентальной рентгенограмме определяется отмечается наличие деструкции костной ткани у верхушек корней зуба с нечеткими границами размером 1,2 x 0,7 см. На рентгенограмме придаточных пазух определяется наличие интенсивной гомогенной тени в правой гайморовой пазухе, заполняющей весь её объём. В периферической крови отмечен умеренный лейкоцитоз и незначительное увеличение СОЭ.

1. Поставьте диагноз.
2. Классификация заболевания
3. Какие дополнительные методы исследования можно провести?
4. Дифференциальная диагностика.
5. Объем лечения в условиях поликлиники.
6. Объем лечения в условиях стационара.
7. Особенности ведения больного в послеоперационном периоде.
8. Возможные осложнения в процессе лечения и их профилактика.

Задача № 29

Больной 38 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобой на болезненную припухлость под нижней челюстью слева. Увеличение припухлости возникает при приеме пищи и сопровождается резкими болями колющего характера. Спустя 20-30 минут припухлость постепенно уменьшается, вместе с этим ослабевает интенсивность боли. Болен около 7-8 месяцев, когда впервые обратил внимание на возникающую боль при еде и появление припухлости в поднижнечелюстной области. Периодически припухлость и боли исчезали, но ненадолго. Последний месяц всегда при приеме пищи появлялись боли более резкие по сравнению с предыдущими. Общее состояние больного удовлетворительное. При внешнем осмотре патологии не выявлено. При бимануальной пальпации определяется увеличенная левая поднижнечелюстная слюнная железа, болезненная в области передне-верхнего полюса. В этом участке пальпируется выраженное болезненное уплотнение. Пальпация левого вартонова протока безболезненна, из его устья выделяется небольшое количество мутной слюны. На рентгенограмме определяется наличие овальной формы плотной тени в ампуле поднижнечелюстной слюнной железы размерами 2,5 x 1,3 см

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно провести?
3. Причины возникновения заболевания.
4. Классификация данной патологии.
5. Назовите варианты методик хирургического лечения данной патологии.

Задача № 30

Больной 47 лет поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии с жалобами на наличие болезненной припухлости в позадичелюстной области справа. Боли усиливаются при приеме пищи, приобретая колющий характер. Отмечается также сухость в полости рта, бессонница, повышенная температура тела до 38,5°С. Заболел три дня назад, когда появилась, постепенно увеличивающаяся в размерах, припухлость в околоушной и позадичелюстных областях с нарастанием интенсивности боли и ухудшением общего состояния. Больной 2 месяца назад оперирован по поводу злокачественной опухоли желудка. Аналогичное состояние было 6-7 месяцев тому назад. Объективно: общее состояние средней тяжести. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Местно: при внешнем осмотре отмечается нарушение конфигурации лица за счет припухлости, захватывающей позадичелюстную, подмассетериальную и поднижнечелюстную области. Мочка правого уха

оттопырена. Открывание рта ограничено до 1,5 см. Естественные складки в этих областях сглажены. Кожа в центре припухлости гиперемирована, отёчна, пальпация в этом участке болезненна. В полости рта: слизистая оболочка вокруг зияющего устья правого стенового протока гиперемирована, отечна. При массировании железы от центра к периферии из устья протока выделяется вязкая, тягучая слюна в небольшом количестве. Язык обложен сероватым налетом. По линии смыкания зубов на слизистой оболочке щек с обеих сторон имеются участки гиперкератоза с белесоватыми пятнами. На рентгенограммах околоушной области наличия конкрементов в околоушной слюнной железе не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте информацию о причинах и механизме развития данного заболевания.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение в поликлинике и стационаре.
5. Возможные осложнения. Прогноз.

Критерии оценивания задачи:

«**Отлично**» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«**Хорошо**»-правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«**Удовлетворительно**» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«**Неудовлетворительно**» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

Алгоритмы практических навыков

1. Алгоритм организации хирургической стоматологической помощи населению;
2. Алгоритм выполнения новейших методов исследования, применяемых в хирургической стоматологии;
3. Алгоритм организации процесса имплантологического лечения пациентов с дефектами зубных рядов;
4. Алгоритм составления трудового договора (контракт) с государственными и негосударственными медицинскими учреждениями, муниципальными органами управления, страховыми медицинскими организациями, заявки для получения лицензии на осуществление вида медицинской деятельности;
5. Алгоритм подготовить необходимую документацию в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории по специальности «врач-стоматолог-хирург»;
6. Алгоритм организовать повседневную работу врача-стоматолога-хирурга и в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении пострадавших;
7. Алгоритм пользоваться компьютерными программами, созданными для информационно-справочной поддержки деятельности врача-стоматолога-хирурга;
8. Алгоритм определить показания и противопоказания к назначению лекарственных средств в объеме квалифицированной стоматологической помощи распространенных стоматологических заболеваний у взрослых и детей;
9. Алгоритм определить показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур при лечении распространенных стоматологических заболеваний;
10. Алгоритм определить показания и противопоказания к проведению реанимационных мероприятий;
11. Алгоритм применять инструментальные и неинструментальные методы восстановления проходимости дыхательных путей и провести непрямой массаж сердца;
12. Алгоритм осуществить раннюю диагностику, дифференциальную диагностику, оценив

- тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
13. Алгоритм необходимости участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении взрослых, детей, лиц пожилого и старческого возраста;
 14. Алгоритм выполнения профилактических мероприятий хирургических стоматологических заболеваний;
 15. Алгоритм выполнения общеклинического обследования больного и оформить историю болезни.

Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибку в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

Название рефератов/докладов

Организация хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии .

1. Этапы развития отечественной хирургической стоматологии и основные школы.
2. Этика и деонтология в клинике хирургической стоматологии.
3. Оснащение и оборудование хирургического кабинета и зуботехнической лаборатории.
4. Эргономические основы организации работы врача – стоматолога – хирурга.

5. Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения в хирургической стоматологии.
6. Обследование стоматологического пациента. Основные, дополнительные методы обследования.
7. Содержание и формулировка диагноза, прогноз, эпикриз.
8. Профилактика, диспансеризация населения у стоматолога. Медицинская карта.
9. Неинъекционный и инъекционный методы. Инфильтрационная и проводниковая анестезии. Комбинированное и потенцированное обезболивание.
10. Инструменты для проведения местного обезболивания. Характеристика применяемых анестетиков.
11. Неинъекционное обезболивание. Аппликационная анестезия.
12. Анатомио – топографическое обоснование различных способов местной анестезии.

Инфекционные воспалительные заболевания челюстно – лицевой локализации.

1. Туберкулез. Клинические проявления в ЧЛЮ. Дифференциальная диагностика, особенности лечения.
2. Туберкулез ЧЛЮ. Этиология, классификация. Проявления туберкулеза в полости рта. Дифференциальная диагностика.
3. Сифилис. Проявления в полости рта. Диагностика и профилактика. Стадии, клиника, диагностика.
4. Сифилис. Этиология. Пути инфицирования. Атипичные проявления сифилиса в полости рта.
5. Актиномикоз челюстно-лицевой области. Этиология и патогенез. Пути распространения инфекции. Клинические формы заболевания. Диагностика. Лечение
6. Клиника, дифференциальная диагностика заболеваний и повреждений лицевого нерва. Методы лечения, показания противопоказания.
7. Неврит (невропатия) тройничного нерва. Классификация, диагностика и лечение.
8. Невралгия тройничного нерва. Классификация, диагностика и лечение.
9. Этиология, клиника, диагностика, лечение острых и хронических артритов ВНЧС.
10. Этиология, клиника, диагностика, лечение дистрофических заболеваний ВНЧС.
11. Этиология, клиника, диагностика, хирургические методы лечения анкилозов ВНЧС.
12. Контрактура нижней челюсти.
13. Методики пластики местными тканями. Осложнения. Меры профилактики.
14. Лоскуты на питающей ножке. Виды, показания и противопоказания к использованию. Осложнения в до- и послеоперационных периодах.
15. Устранение дефектов и деформаций тканей челюстно-лицевой области тканями круглого стебельчатого лоскута. Осложнения.
16. Свободная кожная пластика. Пересадка кости, хряща, фасций. Способы фиксации. Преимущества и недостатки.
17. Лоскуты на микрососудистом анастомозе, применяемые в челюстно-лицевой хирургии. Показания, противопоказания.
18. Приобретенные и врожденные деформации скуло-орбитального комплекса и носа. Клиника, дифференциальная диагностика. Показания и противопоказания к операциям. Осложнения. Меры профилактики.
19. Врожденные и приобретенные деформации нижней челюсти. Клиника, диагностика. Осложнения до и после операций.
20. Врожденные и приобретенные деформации верхней челюсти. Клиника, диагностика. Осложнения во время и после операций.

Военная стоматология. Неогнестрельные и огнестрельные повреждения, ожоги, отморожения, лучевые поражения челюстно-лицевой области.

1. Неогнестрельные повреждения мягких тканей лица. Классификация. Клиника, диагностика и лечение пострадавших. Первичная хирургическая обработка неогнестрельных ран лица. Ее особенности.
2. Вывихи и переломы зубов. Перелом альвеолярного отростка. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Вывихи нижней челюсти.
3. Неогнестрельные переломы нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
4. Неогнестрельные переломы костей средней зоны лица. Переломы верхней челюсти, скуловой кости и дуги, костей носа. Классификация, клиника, диагностика. Принципы оказания первой и доврачебной помощи.
5. Огнестрельные повреждения мягких тканей лица. Классификация. Клиника, диагностика и лечение пострадавших. Первичная хирургическая обработка огнестрельных ран лица. Ее особенности.
6. Огнестрельные переломы нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
7. Огнестрельные повреждения костей средней зоны лица. Классификация, клиника, диагностика. Принципы оказания первой и доврачебной помощи.

Опухоли и опухолеподобные образования челюстно – лицевой области.

1. Диагностика новообразований ЧЛЮ.
2. Современные принципы лечения больных с опухолями ЧЛЮ.
3. Дифференциальная диагностика одонтогенных новообразований челюстных костей.
4. Хирургические методы лечения больных со злокачественными опухолями ЧЛЮ.
5. Сосудистые новообразования ЧЛЮ.
6. Операции на лимфатическом аппарате шеи при метастазировании.
7. Организация онкологической помощи. Принципы диспансеризации больных с новообразованиями ЧЛЮ. Диспансерные группы.

**Лист согласования
дополнений и изменений
к комплекту ФОС_д / ФОС_п / ФОС_{гИА} на _____ учебный год**

Дополнения и изменения к комплекту ФОС_д / ФОС_п / ФОС_{гИА} на
_____ учебный год по

дисциплине _____ /

практике _____ /

государственной итоговой аттестации

по специальности _____

В комплект ФОС_д / ФОС_п / ФОС_{гИА} внесены следующие изменения:

Дополнения и изменения в комплекте ФОС_д / ФОС_п / ФОС_{гИА} обсуждены на заседании
кафедры _____

«_____» _____ 20_____ г. (протокол № _____).

Заведующий кафедрой (для ФОС_д / ФОС_п) _____ / _____ /

Заведующий профильной кафедрой (для ФОС_{гИА}) _____ / _____ /