

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России)**

**ФОНД  
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
К ОПОП**

31.08.72 Стоматология общей практики

## ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ

1. Структура сети стоматологических учреждений и кадров стоматологического профиля. Обеспеченность врачебными кадрами различного профиля на 10 тыс. населения.
2. Организация амбулаторной терапевтической, пародонтологической, хирургической, ортопедической, ортодонтической помощи в современных экономических условиях.
3. Стационарная стоматологическая помощь. Организация стационарной стоматологической помощи.
4. Учетно-отчетная документация, нормы нагрузки, показатели деятельности.
5. Вопросы диспансеризации в стоматологии. Организация профилактики стоматологических заболеваний на основе данных эпидемиологических исследований.
6. Основные и дополнительные методы обследования в стоматологии.
7. Полость зуба: типы корневых каналов, особенности анатомического строения каналов корней разных групп зубов верхней и нижней челюстей.
8. Строение эмали и дентина. Созревание эмали. Гистология эмали и дентина.
9. Некариозные поражения зубов: гипоплазия, флюороз. Причины возникновения, диагностика и лечение.
10. Некариозные поражения зубов: эрозия эмали, клиновидный дефект. Причины возникновения, диагностика и лечение. Особенности препарирования и пломбирования.
11. Эпидемиологические аспекты поражения зубов кариесом. Современные представления о возникновении кариеса зубов. Основные теории возникновения кариеса. Этиология и патогенез кариеса. Патологическая анатомия кариеса зубов.
12. Классификация кариеса. Клинико-анатомическая и анатомо-топографическая классификации. Классификация ВОЗ (10 пересмотр МКБ). Клинические проявления кариеса зубов.
13. Клиническая картина и общие принципы лечения кариеса зубов. Основные принципы препарирования твердых тканей зубов. Лечение ранних форм кариеса.
14. Препарирование и пломбирование полостей различных классов. Особенности препарирования кариозных полостей различных классов.
15. Пульпиты: классификация, этиология, патогенез, дифференциальная диагностика. Принципы лечения пульпита: биологический метод, ампутационный метод, экстирпация пульпы.
16. Современные препараты и методики для лечения пульпита биологическим методом.
17. Хирургические методы лечения пульпита. Особенности обезболивания. Современные препараты для некротизации пульпы, медикаментозной обработки и заполнения корневых каналов.
18. Современные ротационные технологии в эндодонтии. Никель-титановые инструменты для обработки системы корневых каналов. Особенности практического применения.
19. Современные технологии obturation системы корневых каналов в эндодонтии. Пломбировочные материалы для корневых каналов.
20. Особенности клиники, диагностики и лечения пульпитов молочных и постоянных зубов в детском возрасте.
21. Периодонтиты: классификация, дифференциальная диагностика, принципы лечения различных форм периодонтита.
22. Клиническая картина острого и хронического периодонтита.
23. Эндодонтический инструментарий: классификация, назначение инструментов, цветовое и цифровое кодирование. Основы препарирования корневых каналов.
24. Пломбировочные материалы для заполнения корневых каналов, техника пломбирования каналов гуттаперчей. Варианты заполнения верхушечного отверстия.
25. Хирургические методы лечения хронического периодонтита. Ошибки и осложнения при лечении периодонтита. Профилактика хронической интоксикации и хронического сепсиса.

26. Особенности клиники, диагностики и лечения периодонтитов молочных и постоянных зубов в детском возрасте.
27. Классификация болезней пародонта. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта.
28. Воспалительные заболевания пародонта - гингивит. Клиническая картина, основные методы лечения (медицинские показания, противопоказания, осложнения).
29. Воспалительные заболевания пародонта - пародонтит. Клиническая картина, основные методы лечения (медицинские показания, противопоказания, осложнения).
30. Пародонтоз, пародонтолиз, пародонтомы. Клиническая картина, основные методы лечения (медицинские показания, противопоказания, осложнения).
31. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта: кюретаж, лоскутные операции, направленная регенерация костной ткани. Современные материалы и методы.
32. Ортопедические методы лечения заболеваний пародонта: временное и постоянное шинирование, избирательное шлифование зубов.
33. Особенности течения заболеваний пародонта в детском возрасте. Клиническая картина, лечение, профилактика, диспансеризация.
34. Травматические поражения слизистой оболочки (механическая, химическая, физическая травма).
35. Инфекционные заболевания (простой герпес, опоясывающий лишай, ящур, СПИД, кандидоз, гингивостоматит Венсана). Проявление ВИЧ-инфекции в полости рта.
36. Аллергические заболевания полости рта (многоформная экссудативная эритема, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, аллергия на стоматологические материалы).
37. Изменения слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях и болезнях обмена: гипо- и авитаминозах, эндокринных заболеваниях, желудочно-кишечных заболеваниях, заболеваниях нервной и кровеносной системы.
38. Аномалии и самостоятельные заболевания языка. Хейлиты, хронические трещины губ.
39. Предраковые состояния и злокачественные новообразования слизистой оболочки рта и красной каймы губ.
40. Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей. Методы диагностики.
41. Местная анестезия в амбулаторной стоматологической практике (медицинские показания, противопоказания, осложнения). Инфильтрационная анестезия. Проводниковая анестезия.
42. Осложнения местного обезболивания. Оказание первой помощи при осложнениях при проведении местного обезболивания. Неотложная помощь при аллергических реакциях, острой дыхательной недостаточности и других неотложных состояниях.
43. Неотложная помощь при общесоматических осложнениях, развившихся во время стоматологических вмешательств.
44. Показания и противопоказания к удалению постоянных зубов. Подготовка к удалению зуба. Методика удаления зуба.
45. Удаление отдельных групп зубов верхней челюсти.
46. Удаление отдельных групп зубов нижней челюсти.
47. Удаление корней зубов щипцами. Удаление корней зубов и зубов элеваторами. Удаление корней зубов с помощью бормашины.
48. Обработка раны после удаления зуба и уход за ней. Заживление раны после удаления зуба. Осложнения, возникающие во время и после удаления зуба.
44. Ретинированные и дистопированные зубы. Методы их удаления.
45. Болезни прорезывания зубов. Затрудненное прорезывание зубов мудрости (перикорониты).

45. Периодонтит. Острый периодонтит. Хронический периодонтит.
46. Хирургическое лечение хронического периодонтита. Операции гемисекции, ампутации корней, коронорадикулярной сепарации.
47. Периостит. Острый гнойный периостит челюсти. Хронический периостит челюсти.
48. Одонтогенный гайморит. Диагностика и лечение.
49. Одонтогенный остеомиелит челюсти. Диагностика и лечение.
50. Специфические поражения челюстно-лицевой области и шеи. Актиномикоз, туберкулез.
51. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Клиническая картина, диагностика, лечение.
52. Клиническая картина абсцесса и флегмоны подглазничной, глазничной и скуловой областей.
53. Клиническая картина абсцесса и флегмоны височной области, подвисочной и крылонебной ямок.
54. Клиническая картина абсцесса и флегмоны дна полости рта.
55. Клиническая картина абсцесса и флегмоны крыловидно-челюстного пространства.
56. Клиническая картина абсцесса и флегмоны подчелюстного треугольника.
57. Клиническая картина абсцесса и флегмоны языка.
58. Распространенные флегмоны лица и шеи. Осложнения абсцессов и флегмон лица и шеи. Тактика врача-стоматолога общей практики. Неотложная помощь.
59. Особенности течения и лечения одонтогенных воспалительных процессов у детей.
60. Операции на альвеолярных отростках при кистах челюстей. Цистэктомии и цистотомии.
61. Хирургическое лечение заболеваний пародонта.
62. Заболевания и повреждения слюнных желез. Диагностика, принципы лечения.
63. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Синдром дисфункции, артрит, артроз, анкилоз, привычный вывих. Диагностика, лечение. Методы функциональной диагностики состояния ВНЧС.
64. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.
65. Доброкачественные новообразования челюстно-лицевой области и шеи. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
66. Злокачественные новообразования челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, принципы лечения.
67. Рак нижней челюсти. Клиника, диагностика, принципы лечения.
68. Рак верхней челюсти. Клиника, диагностика, принципы лечения.
69. Опухоли слюнных желез. Клиника, диагностика, принципы лечения.
70. Опухоли языка. Клиника, диагностика, принципы лечения.
71. Заболевания и повреждения нервов лица. Заболевания тройничного, лицевого и языкоглоточного нервов. Неотложная помощь.
72. Повреждения лица, зубов и челюстей. Раны, принципы обработки ран.
73. Переломы альвеолярного отростка, классификация, клиническая картина, диагностика, методы лечения.
74. Перелом верхней челюсти, классификация, клиническая картина, диагностика, методы лечения.
75. Перелом нижней челюсти, классификация, клиническая картина, диагностика, методы лечения.
76. Перелом скуловой кости, клиническая картина, диагностика, методы лечения.
77. Врожденные расщелины верхней губы и нёба. Классификация, принципы комплексного лечения.
78. Восстановительные операции на лице и шее. Принципы планирования восстановительных операций. Пластика местными тканями, лоскутами на питающей ножке

из отдельных участков тела, стебельчатыми лоскутами, свободными сложными трансплантатами с применением микрососудистой техники.

79. Врожденные и приобретенные дефекты и деформации лицевого и мозгового скелета. Классификация деформаций челюстей. Костно-реконструктивные вмешательства на лицевом и мозговом черепе.

80. Реабилитация больных с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области. Методы функциональной диагностики при реабилитации больных после реконструктивных и пластических операций.

81. Клиническая картина, этиология и патогенез заболеваний твердых тканей зубов.

82. Лечение при частичном разрушении коронок зубов. Вкладки. Искусственные коронки.

83. Лечение при полном разрушении коронковой части зуба. Основы восстановительных ортопедических вмешательств. Культевые коронки.

84. Теоретические и клинические основы выбора метода лечения несъемными мостовидными протезами.

85. Клинические этапы лечения несъемными мостовидными протезами.

86. Современные конструкции мостовидных протезов.

87. Теоретические и клинические основы выбора метода лечения съемными протезами.

88. Клинические этапы лечения съемными протезами.

89. Частичные съемные пластиночные протезы.

90. Современные бюгельные протезы.

91. Частичная вторичная адентия, осложненная феноменом Попова — Годона.

Этиология и патогенез, клиническая картина.

92. Лечение, частичной вторичной адентии, осложненной феноменом Попова — Годона. Метод сошлифовывания. Метод дезокклюзии. Хирургический метод. Аппаратурно-хирургический метод.

93. Ортопедические методы лечения заболеваний пародонта. Комплексный подход к лечению заболеваний пародонта. Метод избирательного пришлифовывания зубов.

94. Применение постоянных шинирующих аппаратов и протезов. Метод временного шинирования

95. Ортодонтические приемы. Механизм терапевтического действия ортодонтических аппаратов.

96. Ортопедическое лечение генерализованного пародонтита при сохраненных зубных рядах.

97. Ортопедическое лечение генерализованного пародонтита, осложненного вторичной адентией.

98. Топографо-анатомические особенности беззубых челюстей. Классификация беззубых челюстей.

99. Клинические этапы лечения съемными пластиночными протезами при полной вторичной адентии.

100. Методы фиксации протезов. Понятие о стабилизации полных съемных протезов. Конструирование искусственных зубных рядов.

101. Съемные протезы с металлическим базисом. Съемные протезы с двухслойным базисом.

102. Адаптация к пластиночным протезам. Перебазировка пластиночных протезов. Починка пластмассовых протезов.

103. Заболевания, обусловленные материалами зубных протезов. Гальваноз. Этиология и патогенез. Клиническая картина, лечение.

104. Токсический стоматит при пользовании металлическими зубными протезами.

Этиология и патогенез. Клиническая картина, лечение.

105. Токсический стоматит при пользовании акриловыми протезами. Этиология и патогенез. Клиническая картина, лечение.
106. Аллергические стоматиты. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Лечение и прогноз.
107. Клинические признаки повреждений челюстно-лицевой области. Ортопедические методы лечения при травмах челюстно-лицевой области.
109. Ортопедические аппараты, их классификация, механизм действия. Фиксирующие аппараты. Репонирующие аппараты. Формирующие аппараты.
110. Ортопедические аппараты, их классификация, механизм действия. Замещающие аппараты (протезы). Комбинированные аппараты.
111. Ортопедические методы лечения при травмах челюстно-лицевой области. Вывихи и переломы зубов. Переломы альвеолярного отростка. Переломы тела верхней челюсти. Ортопедические методы лечения при травмах челюстно-лицевой области.
112. Переломы нижней челюсти. Неправильно сросшиеся переломы челюстей. Ложные суставы. Контрактура нижней челюсти. Анкилозы.
113. Ортопедические методы при восстановительном лечении послеоперационных повреждений лица и челюстей. Дефекты и деформации губ и подбородочного отдела. Дефекты верхней челюсти и неба.
114. Способы фиксации протезов при дефектах верхней челюсти, нижней челюсти и неба.
115. Ортопедические методы лечения при костной пластике нижней челюсти. Дефекты лица.
116. Теоретические и клинические основы имплантологии.
117. Особенности обследования больных. Противопоказания и показания к имплантации. Конструкции имплантатов. Материалы, применяемые в имплантологии.
118. Методы имплантации. Особенности конструирования зубных протезов с использованием имплантатов.
119. Способы ортопедического лечения с использованием имплантатов. Непосредственное протезирование.
120. Отсроченное постимплантационное протезирование. Осложнения при имплантации и их профилактика

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Рассчитайте фактическую длину канала, если длина инструмента составляет 14 мм, рентгенологическая длина канала 15 мм, а длина инструмента по снимку равна 15,5 мм?
2. На основании жалоб поставлен диагноз: хронический периодонтит 4.4 зуба. Укажите зоны работы.
3. В области одного из корней 2.7 зуба на рентгенограмме определяется очаг разрежения костной ткани округлой формы, корневые каналы недопломбированы до верхушечных отверстий. Зуб ранее лечился по поводу пульпита. Поставьте предварительный диагноз, ваша тактика лечения.
4. Проводится лечение 1.1 зуба по поводу пульпита. Какую форму должен иметь корневой канал после инструментальной обработки? Почему?

5. Какие осложнения могут возникнуть при работе в узких облитерированных каналах 2.6 зуба машинными инструментами?

6. При работе в коронковой полости зуба сделали перфорацию стенки коронки. Ваша тактика.

7. После проведенного эндодонтического лечения 11 зуба по поводу пульпита появились боли при накусывании. Укажите возможные причины болей.

8. Врачу предстоит депульпировать 3.8 зуб. На рентгенограмме видно, что передний корень сильно изогнут. Какие инструменты следует выбрать для прохождения узких и искривленных каналов в данной ситуации.

9. При инструментальной обработке канала врач расширил его на 2 размера инструмента. Правильна ли тактика врача?

10. После удаления распада пульпы из корневого канала 1.1 зуба произведена инструментальная и медикаментозная обработка, апикальное отверстие раскрыто. В канале оставлено лекарственное вещество под временную повязку. Правильна ли тактика врача?

11. После удаления распада пульпы из корневого канала 1.1 зуба произведена инструментальная и медикаментозная обработка, апикальное отверстие раскрыто. В канале оставлено лекарственное вещество под временную повязку. Правильна ли тактика врача?

### **Задача 1**

Больная 17 лет жалуется на болезненность и кровоточивость десен во время чистки зубов и при приёме пищи. Анамнез: кровоточивость усиливается во время месячных. Подобные явления беспокоят периодически, чаще весной и осенью в течение трех лет, последние три месяца болезненность и кровоточивость десен усилились. Курит три года.

Объективно: определяется гиперемия, отечность десневого края, ложные зубодесневые карманы, зубы интактные, повышенная вязкость слюны, обильный мягкий зубной налет, гигиенический индекс OGI(S)=2,5.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Перечислите этиологические факторы.
- 3.Назовите естественные защитные факторы полости рта, способствующие самоочищению.
- 4.Объясните влияние курения на развитие воспалительных заболеваний пародонта.
- 5.Расскажите о роли энзимов в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта.

### **Задача 2.**

Больная М. 24 года. Обратилась с жалобами на периодическую кровоточивость десны в области 2.6 зуба, застревание пищи между 2.5-2.6 зубами, в последние 2 дня появилась боль в области 2.6 при приеме пищи. Анамнез: 2 года назад произведена реставрация коронки 2.6 зуба. Жалобы на кровоточивость десны появились год спустя.

Объективно: 2.5 зуб интактный, на медиально - жевательной поверхности 26 - пломба, межзубное пространство между 2.5 и 2.6 свободно от пломбировочного материала, контактный пункт между зубами отсутствует. Десневой сосочек между 2.5 и 2.6 отечен,

застойногиперемированного цвета, при надавливании у его основания наблюдается кровоточивость и болезненность. Гигиенический индекс по Федорову-Володкиной -1,2 балла, зубной камень отсутствует.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Назовите основной этиологический фактор.
- 3.Проведите дифференциальную диагностику.
- 4.Составьте план лечения.
- 5.Какой препарат для местной терапии будет способствовать выздоровлению?

### **Задача 3.**

Больной 18 лет жалуется на увеличение десен в области фронтальных зубов обеих челюстей, кровоточивость, боль во время приема пищи. Анамнез: подобные явления появились год назад.

Объективно: при осмотре в области верхних и нижних фронтальных зубов межзубные сосочки гипертрофированы, покрывают коронки до 1/3 высоты, дёсны цианотичны, болезненны при прикосновении, кровоточат. Зубы покрыты мягким налётом, отмечается отложение наддесневого зубного камня. Имеется скученность зубов во фронтальном отделе.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Проведите дифференциальную диагностику.
- 3.Какой дополнительный метод обследования подтвердит диагноз?
- 4.План лечения.
- 5.Назначьте местное лечение.

### **Задача 4.**

Больной Н., 43 лет обратился с жалобами на неприятный запах изо рта, боли и кровоточивость десен, повышение температуры до субфебрильных цифр в течение двух дней. Начало заболевания больной связывает с недавним переохлаждением.

Объективно: обилие мягкого зубного налета, полость рта не санирована, десневые сосочки усеченной формы, их верхушки некротизированы, изъязвлены. Между здоровой и пораженной десной определяется демаркационная линия.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику, консультации каких смежных специалистов потребуются?
- 3.Проведите дополнительный метод обследования, позволяющий подтвердить Ваш диагноз.
- 4.План общего лечения и рекомендации.
- 5.Назначьте местное лечение.

### **Задача 5.**

Больная 50 лет предъявляет жалобы на незначительные болевые ощущения в деснах при чистке зубов, приеме твердой и горячей пищи.

Анамнез: подобные явления беспокоят в течение полугода. 2 года назад проведена операция по поводу язвенной болезни желудка. Пациентке отмечает частые запоры, чувство дискомфорта в эпигастральной области.

Объективно: определяется гиперемия десневого края; по краю десны, у вершин десневых сосочков обнаружены множественные эрозии, покрытые налетом. После снятия налета обнажается эрозивная поверхность, гладкая, блестящая, кровоточащая при механическом раздражении. Прикус ортогнатический. На ортопантограмме изменений не выявлено.



1. Поставьте диагноз.
2. Направьте на консультацию к смежным специалистам.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите возможные физиотерапевтические методы лечения.
5. Обоснуйте использование в терапии данной патологии десен аппарата «Оптодан»...

1. Через несколько дней после эндодонтического лечения зуба появились боли и припухлость. Какие могут быть причины данного осложнения?
2. Через несколько месяцев после эндодонтического лечения 1.6 зуба сформировался свищ по переходной складке в проекции верхушки щечных корней зуба. Ваша тактика дальнейшего лечения пациента.
3. После работы машинным дрельбором в корневом канале появилась кровь. Укажите возможные причины кровотечения, какова дальнейшая тактика врача?
4. При прохождении корневого канала врач использовал инструменты без обработки антисептиками. К каким осложнениям это может привести?
5. После эвакуации распада пульпы из корневого канала 3.3 зуба раскрыто верхушечное отверстие стерильным пульпоэкстрактором. Сделаны ли ошибки на этапах лечения?
6. После эвакуации распада пульпы из полости 2.7 зуба при лечении периодонтита стерильным пульпоэкстрактором, введенным до верхушечного отверстия, одномоментно удалены некротические массы. Укажите ошибки и возможные осложнения.
7. Проводится лечение 1.1 зуба по поводу периодонтита. Корневой канал промыт антисептиками из шприца. Назовите возможные осложнения.
8. На передней поверхности одиночно стоящего 4.6 зуба глубокая кариозная полость. Укажите этапы раскрытия полости зуба.
9. На основании жалоб врач поставил диагноз хронический фиброзный периодонтит 2.2 зуба. Укажите зоны работ и этапы раскрытия кариозной полости.
10. При лечении 1.6 зуба по поводу периодонтита полость зуба раскрыта значительно шире, чем кариозная. К каким осложнениям это может привести?

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ**

1. Препарирование кариозной полости I класса по Блеку.
2. Препарирование кариозной полости II класса по Блеку.
3. Препарирование кариозной полости III класса по Блеку.
4. Препарирование кариозной полости IV класса по Блеку.

5. Препарирование кариозной полости V класса по Блеку.

1. Вскрытие и раскрытие полости зуба фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей.
2. Вскрытие и раскрытие полости зуба премоляров верхней и нижней челюстей.
3. Вскрытие и раскрытие полости зуба моляров верхней и нижней челюстей.
4. Ампутация и экстирпация пульпы фронтальных зубов верхней и нижней челюстей.
5. Ампутация и экстирпация пульпы премоляров верхней и нижней челюстей.
6. Ампутация и экстирпация пульпы моляров верхней и нижней челюстей.

1. Обследование пациента с осложненным кариесом.
2. Вскрытие полости зуба.
3. Раскрытие полости зуба.
4. Наложение девитализирующих паст.
5. Удаление пульпы при витальном и девитальном методах лечения пульпита.
6. Эндодонтические инструменты для прохождения, расширения и пломбирования корневых каналов.
7. Медикаментозная и инструментальная обработка корневых каналов.
8. Инструментальная обработка каналов методиками Step Back, Crown Down.
9. Применение препаратов для химического расширения каналов.

### ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

Основную ответственность за клинический диагноз несет: {

~зубной техник

~помощник стоматолога (сестра)

~помощник стоматолога, получивший сертификат

=врач стоматолог

}

Основную ответственность за правильное начало и дальнейшее планирование гигиенической обработки полости рта пациента несет: {

~зубной техник

~помощник стоматолога (сестра) с сертификатом

~помощник стоматолога без сертификата

~зубной гигиенист

=стоматолог

}

В каком случае позволительно помощнику сделать пациенту инъекцию: {

~после того, как помощник самостоятельно оценил статус полости рта

~после того, как помощник проверил надписи на лекарстве

~после проверки возможной аллергической реакции, самостоятельно проведенной помощником

=только по строгому предписанию врача-стоматолога

}

Регистратор может по телефону информировать пациента о стоимости какой либо работы: {

~после оценки клинической картины на слух

~по требованию пациента  
~по преискуранту, определенному врачом  
=этого лучше не делать

}

Если пациент по телефону просит лекарство при постоперативных болях  
Вашему

помощнику позволено: {

~ввести медикамент  
~позвонить фармацевту и самостоятельно рекомендовать лекарство  
~записать на бумаге его просьбу  
=отослать пациента к врачу-стоматологу  
~самостоятельно принять решение о физиотерапевтической процедуре

}

Избавляет от возможных необоснованных обвинений в адрес врача после  
проведенного не совсем удачного лечения: {

=тщательная запись выполненных манипуляций

~запись предписаний  
~сниженный преискурант  
~запись обращений к специалистам  
~запись полного анамнеза

}

В целях асептики важно: {

=создать температурные условия (100 С )  
~знать характеристику химического агента  
~знать характеристику микроорганизма  
~знать факторы, влияющие на взаимодействие химического агента и  
микроорганизма

}

Вирусный гепатит (В) может быть перенесен: {

~аэробными микроорганизмами  
~%50% слюной  
~%50% кровью  
~мочой

}

Микроорганизмы, принимающие споровидные формы: {

=бациллы  
~кокки  
~вибрионы  
~спирохеты

}

Бактерии, нуждающиеся в кислороде для своего роста, называются: {

~анаэробы  
=аэробы (облигатные)  
~факультативные анаэробы

~факультативные аэробы

}

Микроорганизмы, которые не могут выживать в присутствии кислорода: {

~строгие аэробы

=строгие анаэробы

~факультативные аэробы

~факультативные анаэробы

}

Туберкулезную инфекцию можно получить: {

~если пить молоко от инфицированных коров

~контактировать с инфицированными людьми

~вдыхать аэрозоль от чихающих

~контактировать с инфицированными инструментами

=верно все перечисленное

}

Наиболее надежно избавляет от бактерий: {

~замораживание

=стерилизация

~дезинфекция

}

По отношению к вирусу гепатита справедливы утверждения: {

~вирус может передаваться аэрозолем слюны

~вирусы довольно устойчивы по отношению к дезинфекционным препаратам

~что, даже малые количества инфицированного материала способны заразить

~вирус довольно устойчив по отношению к температуре

=все вышесказанное справедливо

}

Наиболее устойчивы к кипячению при 100 С в течении 10 мин: {

~туберкулезные бациллы

~протей

=вирус гепатита

~стафилококк

~гонококк

}

В гнойных выделениях не содержится: {

~лейкоциты

~бактерии

=полисахариды

~лимфа

}

Самым первым барьером, защищающим тело человека от инфекции, является: {

~кислота желудочно-кишечного тракта

=кожа

~лимфатическая система

~антитела

}

У носителя вирусного гепатита может быть обнаружен вирус: {

~в кале

~в слюне

~в крови

=во всем перечисленном

}

Можно ли при остром периодонтите фронтальный зубзапломбировать

в первое посещение больного: {

~нет, ибо необходимо создать отток из очага воспаления, для чего зуб оставляют открытым

=да, если есть показания к разрезу на переходной складке и есть возможность высушить корневой канал

~да, при условии хорошего освобождения канала и введения антибиотиков в периапикальную область

}

При лечении нижнего моляра под мостовидный протез, если медиальные каналы непроходимы, а процесс локализуется именно вокруг медиального корня, целесообразно избрать тактику: {

~электрофореза

~прохождения каналов машинными дрельборами

~реплантации

=удаления медиального корня, а дистальный использовать под протез ( гемисекция)

~удаления зуба и изменения конструкции протеза

}

Пародонтальную кисту относят: {

~к пародонитам

=к пародонтомам

~к идиопатическим заболеваниям пародонта

~к гингивитам

~к пародонтозу

}

Назовите наиболее действенные способы лечения фиброзной формы гипертрофического гингивита: {

~апликация противовоспалительных препаратов и ферментов

~введение антибиотиков

~проведение склерозирующей терапии

=электрокоагуляция, криохирургия, некротизация десневых сосочков

~введение биологически активных веществ

}

Оптимальным вариантом лечения пародонтита средней тяжести является: {

~%50% антисептическая обработка десны, снятия зубных отложений, обезболивание пародонта, «открытый» кюретаж, противовоспалительная терапия, окклюзионное пришлифовывание, ортодонтическое, ортопедическое лечение

~%50% снятие зубных отложений, воздействие кератолитическими

~антисептическая обработка, склерозирующая терапия, физиотерапия

~«открытый» кюретаж склерозирующая терапия

~снятие наддесневых зубных отложений

}

Нормальная частота пульса взрослого человека в пределах: {

~40 – 80 ударов в минуту

=60 – 100 ударов в минуту

~80 – 120 ударов в минуту

~90 – 130 ударов в минуту

~100 – 140 ударов в минуту

}

Свой большой палец лучше не использовать для подсчета

пульса у пациента Основной причиной этого является: {

~очень широкая поверхность пальца

~высокая степень ороговения кожи

=в ткани пальца проходит собственная пульсирующая артерия, что может привести к ошибке подсчета

~в ткани пальца нет пульсирующей артерии

~физическое неудобство подсчета пульса с помощью пальца

}

Частота дыхания в минуту взрослого человека находится в пределах: {

~10 – 14

=14 – 20

~16 – 24

~24 - 28

~26 – 50

}

Пациент, регулярно принимающий много салицилатов, например,

по поводу артрита, представляет риск и неудобства

при стоматологических вмешательствах, особенно хирургических

по причине: {

~аллергических проявлений

=склонности к кровотечению

~чувства страха перед лечением

~в связи с низким артериальным давлением

~в связи с высоким артериальным давлением

}

Максимально допустимая доза облучения для каждого

из персонала, связанного с работой рентгеновской

установки, не должна превышать: {

~4 БЭР в год

~5 БЭР в год

~6 БЭР в год

=7 БЭР в год

~8 БЭР в год

}

Панорамная рентгенография назначается врачом для

Того, чтобы: {

- 1)выяснить состояние верхнечелюстных синусов
- 2)оценить уровень прорезывания зубов
- 3)оценить соотношение челюстей
- 4)получить общую оценку зубных рядов и пародонта
- 5)выявить лицевые и язычные поражения

~верно 1, 2, 3

~верно 1 и 2

=верно 2 и 4

~верно только 4

~все вышеперечисленное верно

}

Противопоказаниями к проведению местного обезболивания

являются: {

~дентофобия

~резко выраженная эмоциональность с невротической реакцией

~заболевания центральной нервной системы

~детский возраст в сочетании с дентофобией

=все вышеперечисленное

}

Пульсовое давление при выраженном сосудистом коллапсе: {

=увеличивается, уменьшается

~остается неизменным

~уменьшается, а затем увеличивается

~вариабельно

~увеличено

}

Новокаин обладает следующим свойством: {

~антигистаминным

=местным анестетиком

~противозудным

~ингибитором моноаминоксидаз

~противошоковым

}

При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются клинические

признаки: {

=озноб и лихорадка, бледность, сонливость

~судороги, гипертензия, тахикардия

~гипотомия, судороги, дыхательная недостаточность

~диспноэ, гипотония, покраснение кожных покровов

~гипертензия, головная боль, тошнота и рвота

}

Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется: {

~цианозом

~сонливостью  
~судорогами  
=тошнотой и рвотой  
~все вышеперечисленное  
}

Из местных анестетиков обладает наибольшей длительностью: {

действия

~тримекаин  
~новокаин  
~лидокаин  
~маркаин  
=азакаин  
}

Для новокаина преимущественное значение имеет: {

=инфильтрационная, проводниковая инъекция  
~ниже перечисленные  
~интралигаментарная инъекция  
~спонгиозная инъекция  
~внутрипульпарная инъекция  
}

Для лидокаина преимущественное значение имеет: {

=инфильтрационная, проводниковая инъекция  
~ниже перечисленные  
~спонгиозная инъекция  
~интралигаментарная инъекция  
~внутрипульпарная инъекция  
}

Наиболее эффективна инфильтрационная анестезия: {

=верхних премоляров, верхних моляров  
~ниже перечисленные  
~нижнего первого моляра  
~верхнего клыка  
~центральных нижних резцов  
}

Инфильтрационная анестезия наиболее неэффективна: {

~верхних моляров

Наиболее часто встречающимся осложнением при

проведении общей анестезии является: {

~угнетение дыхания  
=нарушение проходимости дыхательных путей  
~нарушение сердечного ритма  
~тахикардия  
~цианоз  
}



=нижнего первого моляра  
~нижнего клыка  
~центральных нижних резцов  
}

Норадреналин вызывает: {  
~спазм артерий и расширение вен  
~расширение артерий и спазм вен  
~расширение артерий и вен  
~спазм артерий и вен  
=расширение артерий определенных областей  
}

Наиболее часто встречающимся осложнением при  
проведении общей анестезии является: {  
~угнетение дыхания  
=нарушение проходимости дыхательных путей  
~нарушение сердечного ритма  
~тахикардия  
~цианоз  
}

Наибольший дыхательный объем создает следующая  
методика искусственного дыхания: {  
~положение на животе: { сдавление грудной клетки  
со стороны – выдох, поднятие за руки – вдох  
~положение на спине: { сдавление грудной клетки –  
выдох, поднятие рук – вдох  
~положение с запрокинутым подбородком с валиком  
под плечи  
=искусственная вентиляция «рот в рот»  
~поднимание ног  
}

Первым признаком шока является: {  
~снижение центрального венозного давления  
~снижение сердечного выброса  
=снижение артериального давления  
~повышение артериального давления  
~увеличение венозного возврата  
}

Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется: {  
=в ознобе, лихорадке, бледности и сонливости  
~в судорогах, гипертензии, тахикардии  
~в гипотонии, судорогах, дыхательной недостаточности  
~в диспноэ, гипотонии, покраснении кожных покровов  
~в гипертензии, головной боли, тошноте и рвоте  
}

Лекарственные препараты, эффективно понижающие токсическое

действие новокаина: {

~атропин

~мышечные релаксанты

=барбитураты

~кордиамин

~нейролептики

}

Оптимальная концентрация адреналина в растворе местного анестетика: {

~1 : { 25000

=1 : { 250000

~1 : { 50000

~1 : { 500000

~1 : { 750000

}

Укажите наиболее эффективные лекарственные средства,

применяемые для поверхностной анестезии слизистой

оболочки полости рта: {

=мази пиромекаина

~раствор новокаина

~жидкость Платонова

~раствор дикаина

~раствор прополиса

}

Дополнительная инъекция местного анестетика с небной

или вестибулярной стороны необходима в случаях: {

=когда основная анестезия оказалась неэффективной

~при выраженности периостальных явлений

~когда неправильно выбран местный анестетик

~когда выражен типологический статус больного

~концентрация адреналина 1 : { 25000

}

Показаниями к премедикации при проведении вмешательств

в клинике терапевтической стоматологии являются: {

~сопутствующие заболевания системы кровообращения

~сопутствующие заболевания органов дыхания

=выраженный страх перед стоматологическим вмешательством

~обширность стоматологического вмешательства

~вегетативные нарушения перед вмешательством

}

Укажите наиболее эффективные лекарственные средства,

используемые при премедикации: {

~ненаркотические анальгетики

~наркотические анальгетики

=препараты бензодиазепинового ряда  
~антибиотики  
~аналептики  
}

Наиболее эффективные способы: {

~установление контакта с больным  
~рефлексотерапия  
=рефлексоанальгезия  
~психоседативная подготовка  
~стимуляция ЦНС  
}

Увеличение частоты дыхания называется: {

~апноэ  
~диспноэ  
~гиперпноэ  
=тахипноэ  
~эпноэ  
}

Из следующих состояний показанием для трахеостомии является: {

~бульбарный полиомиелит  
=отек гортани после ожога  
~профилактическая трахеостомия при травматическом пересечении шеи  
~при черепно-мозговых травмах  
~при бессознательном состоянии  
}

Основными признаками остановки сердца являются: {

~судороги  
=отсутствие пульса на сонной артерии  
~отсутствие самостоятельного дыхания  
~узкие зрачки  
~широкие зрачки  
}

При проведении непрямого массажа сердца у взрослых

ладони следует расположить: {

~на верхней трети грудины  
~на границы верхней и средней трети грудины  
~на границе средней и нижней трети грудины  
=в пятом межреберном промежутке слева  
~в пятом межреберном промежутке справа  
}

Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют: {

~сужение зрачков  
~наличие пульса на сонной артерии  
~уменьшение цианоза кожи

=появление отдельных спонтанных вдохов

~сухие склеры глазных яблок

}

Натрий гидрокарбонат при остановке сердца вводят так как он: {

=предупреждает развитие метаболического ацидоза

~оказывает защитное действие на миокард

~повышает эффективность вводимых фармакологических препаратов

~корректирует метаболический ацидоз

~уменьшает потребление кислорода тканями

}

Последовательность действий после постановки диагноза –

клиническая смерть: {

~позвать опытного врача

~вызвать реанимационную бригаду

~ввести внутрисердечно адреналина гидрохлорид

~ввести внутривенно натрия гидрокарбонат

=ввести внутримышечно адреналина гидрохлорид

}

Признаками эффективности проводимых реанимационных

мероприятий являются: {

~сужение зрачков

~систолическое артериальное давление 30 мм рт Ст

~систолическое артериальное давление 70 мм рт Ст

=появление самостоятельных вдохов

~уменьшение цианоза

}

Восстановлено сознание, самостоятельное дыхание и сердечная

деятельность Больной должен быть: {

~оставлен в поликлинике

~отправлен домой

~госпитализирован в соматическое отделение

=госпитализирован в отделение реанимации

~помещен в палату интенсивной терапии

}

Из перечисленных факторов при кариесе зубов носят

агрессивный характер: {

~нарушение минерального обмена в организме

~нарушение белкового обмена, те при этом страдает

белковая матрица твердых тканей зуба

=микроорганизмы полости рта, зубной налет и углеводы

~нарушение углеводного обмена, способствующее

нарушению белковых структур зуба

~недоедание

}

Из перечисленных факторов снижает уровень резистентности организма к кариозному процессу: {  
~зубные отложения  
=различные общие заболевания, связанные с нарушением регуляции обменных процессов в организме  
~углеводы пищи  
~недостаточное содержание фтора в питьевой воде  
~все вышеперечисленное  
}

Из перечисленных факторов оказывает влияние одновременно на факторы агрессии и резистентности к кариесу: {  
~сдвиги в организме, связанные с нарушением нейрорефлекторной, гормональной и гуморальной регуляций обменных процессов  
~микроорганизмы полости рта  
~зубная бляшка  
=содержание фтора в питьевой воде  
}

Время, необходимое для начала образования кислоты бактериальной бляшкой после употребления сладкой пищи: {  
=несколько секунд  
~10 мин  
~15 мин  
~30 мин  
~1 час  
}

Основные процессы, проходящие в эмали при начальном кариесе: {  
~нарушение белковой матрицы эмали  
=дисминерализация и реминерализация  
~демнерализация эмали  
~нарушение связи между белковыми и минеральными компонентами эмали  
~резорбция эмали  
}

Решающим при дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и гипоплазии эмали является: {  
=прогрессирование процесса, которое выражено при кариесе и его нет при гиперплазии процесса  
~локализация процесса  
~консистенция поверхности пятна  
~симметричность поражения  
~системность поражения  
}

Решающим при дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и флюороза является: {

- ~локализация процесса
- ~симметричность поражения
- ~консистенция поверхности пятна
- =прогрессирование процесса
- ~системность поражения

}

Основными в терапии начального кариеса являются: {

- ~гигиенический и диетический режимы
- ~местное применение препаратов фтора
- ~назначение препаратов фтора внутрь
- ~общеукрепляющее лечение
- =минерализующие растворы (ремтерапия)

}

Из перечисленных зубных паст обладают противокариозным действием: {

- ~лесная и другие хлорофилсодержащие, ромашка
- ~Поморин, бальзам
- ~Жемчуг, Мэри, Бело-розовая
- ~Мятная, Борно-глицериновая, Ягодка, Семейная
- =фторосодержащие пасты

}

Из перечисленных методов способствуют повышению: {  
резистентности к кариесу

- ~наиболее эффективен рациональный гигиенический режим
- ~основным является повышение общей реактивности организма, путем назначения общеукрепляющих и витаминных препаратов, рациональной диеты, режимом труда и отдыха
- ~применение профессиональной гигиены
- =местная флюоризация эмали
- ~все вышеперечисленные

}

Из перечисленных веществ наиболее активны для повышения: {

- процессов реминерализации эмали при кариесе
- ~молибден, ванадий, селен, медь, фосфаты, кальций
- ~витамины
- =фтор
- ~препараты, содержащие декстраназу
- ~гормоны

}

Эффект местной флюоризации основан: {

- =на активности процессов реминерализации, уменьшении растворимости и проницаемости эмали, образовании фторапатита
- ~на улучшении трофики зуба
- ~на бактерицидном действии фтора
- ~на укреплении белковой матрицы эмали

~на изменении pH зубного налета

}

Признаки, позволяющие поставить диагноз глубокого кариеса: {

~боли от химических раздражителей, дефект расположен в глубоких слоях дентина, болезненное зондирование

~боли при попадании пищи в полость, дефект в средних слоях дентина, зондирование болезненно в области эмалево-дентинной границы

=боль от термических раздражителей, быстро проходит после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно в одной точке

~боль от термических раздражителей, держится долго после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно в одной точке

~боль при попадании пищи в полость, проходящая после ее эвакуации, зондирование резко болезненно в одной точке

}

Наиболее рациональны при глубоком кариесе прокладки: {

~антивоспалительного действия

~антимикробного действия

~на основе глюкокортикоидов

=одонтотропные

~индифферентные

}

Препараты, обладающие одонтотропным действием: {

~сульфаниламидные

=гидроокись кальция

~антибиотики и антисептики

~кортикостероиды

~эвгенол

}

Можно ли применять в качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе пасты на основе кортикостероидных препаратов: {

~да, тк они уменьшают воспалительные явления в пульпе, которые сопровождают глубокий кариес

=нет, ибо они угнетают защитную реакцию пульпы

~да, тк они оказывают дезаллергизирующее действие

~нет, ибо они способствуют дисбактериозу, стимулируя рост флоры кариозной полости

~нет, тк они раздражают соединительную ткань

}

Применение гидроокиси кальция при глубоком кариесе

основано: {

~на антибактериальном эффекте

- =на противовоспалительном и одонтотропном действии
- ~на способности угнетать действие бактериальных энзимов
- ~на десенсбилизирующем эффекте
- ~на изменении реакции в сторону закисления среды

}

В основе классификации кариозных полостей по Блеку лежит: {

- ~систематизация обработки кариозных полостей
- ~представление о том, что кариес возникает только на поверхностях, где проходит ретенция пищевых остатков и налета
- =мнение, что кариес может возникнуть на любой поверхности зуба
- ~представление о системности и симметричности кариозного процесса
- ~обеспечение условий фиксации пломбы

}

Основной принцип формирования кариозных полостей по Блеку,

присущий всем классам кариозных полостей: {

- ~создание дополнительных площадок
- ~иссечение нависающих краев полости
- ~превентивное расширение полости
- =создание ящикообразной полости
- ~полное иссечение некротизированного дентина

}

Основное условие формирования кариозных полостей,

направленное на предупреждение рецидивов кариеса: {

- ~создание дополнительных площадок и ретенционных пунктов
- ~иссечение нависающих краев эмали
- ~ящикообразная форма полости
- =превентивное расширение полости
- ~максимальное щажение тканей зуба

}

Для глубокого кариеса в сочетании с гиперемией пульпы

необходимо: {

- ~экстирпировать пульпу
- ~удалить по возможности весь пораженный дентин, избегая обнаружения пульпы, и наложить пасту с противовоспалительными свойствами
- =тщательно удалить весь пораженный дентин и положить ту же повязку независимо от степени обнаружения пульпы
- ~провести неполную некротомию и наложить и пасту с противовоспалительными свойствами
- ~тщательно удалить весь пораженный дентин и оставить полость открытой для оттока экссудата

}



В пульпе различают: {

~2 слоя

=3 слоя

~5 слоев

~6 слоев

}

Клеточный состав пульпы следующий: {

=пульпа как соединительная ткань богата присущими ей клетками

~кроме клеток, присущих соединительной ткани и специфических клеток, пульпа содержит малодифференцированные, звездчатые клетки

~клеточный состав пульпы представлен клетками плазмочитарного и макрофагального рядов

~близки по составу к эпителиальной ткани

~похожа на нервную ткань

}

В строении корневой и коронковой пульпы имеются различия: {

~нет, ибо корневая пульпа является непрерывным продолжением коронковой

~корневая пульпа значительно отличается от коронковой по строению, ибо она является промежуточной между коронковой пульпой и периодонтом

=корневая пульпа незначительно отличается от коронковой, по строению она ближе к ней, чем к периодонту

~корневая пульпа близка к ткани периодонта

~коронковая пульпа близка к нервной ткани

}

В строении коронковой и корневой пульпы отличия состоят: {

~в особенностях строения волокон соединительной ткани в этих зонах

~в особенностях васкуляризации

=в соотношении волокон, клеток и межучного вещества

~в особенностях строения соединительной ткани, ее кровоснабжения и иннервации

~в особенностях микроснабжения

}

Основная функция пульпы: {

~трофическая, ибо через пульпу осуществляется обмен в твердых тканях зуба

~пластическая – способность воссоздавать элементы соединительной ткани и заместительной дентин

=защитная – способность сопротивляться раздражающему агенту

~пульпа индифферентна по отношению к твердым тканям

~пульпа безвредна для твердых тканей

}

Защитная функция пульпы определяется: {

~деятельность клеток фибробластического ряда, способных

ограничивать воспалительный процесс

~фагоцитарной активностью клеток

=способностью одонтобластов вырабатывать заместительный дентин

~волокнистыми структурами, способными выравнять pH

пульпы

~тканевым иммунитетом, который определяется совместной

деятельностью вышперечисленных тканевых элементов,

а также нейро-рефлекторной и гуморальной регуляцией

организма

}

Решающим при диагностике острого частичного пульпита

является: {

~характер болей

~термометрия

~электрометрия

~перкуссия

=фактор времени и первичность болей

}

Диагноз острого общего пульпита ставится на основании

следующих признаков: {

~нарастание интенсивности болей и частота приступов

~уменьшение светлых промежутков

=появление перкуторной реакции

~резкая реакция на термометрию

~повышение порога электровозбудимости пульпы

}

Решающим в дифференциальной диагностике острого,

общего и частичного пульпитов является: {

~характер болей

~термометрия

~электрометрия

~перкуссия

=фактор времени

}

Большой процент несовпадений клинического и

гистологического диагнозов объясняется: {

=несовершенством методов диагностики пульпита

~поздним обращением больных

~закрытой полостью зуба

~гиперэргическим характером воспаления

~отсутствием стерильности операции

}

Дифференциальную диагностику острого общего пульпита и невралгии тройничного нерва определяет: {

~характер болей

=термометрия

~электрометрия

~перкуссия

~зондирование

}

Решающим в дифференциальной диагностике хронического фиброзного и пролиферативного пульпита является: {

~характер болей

~термо- и электрометрия

=данные осмотра полости

~электродонтометрия

~рентгенография

}

Из предложенных методов лечения наиболее рационально

применять при остром частичном пульпите: {

~девитализацию пульпы

=сохранение жизнеспособности всей пульпы

~витальную ампутацию

~витальную экстирпацию

~удаление зуба

}

Из предложенных методов лечения необходимо применить

при остром общем пульпите: {

~девитализацию пульпы

~сохранение жизнеспособности всей пульпы

~витальную ампутацию

=витальную экстирпацию

~удаление зуба

}

При хроническом фиброзном пульпите лучше всего применить: {

~сохранение жизнеспособности всей пульпы

~витальную ампутацию

=витальную экстирпацию

~девитализацию

~удаление зуба

}

При хроническом пролиферативном пульпите наиболее

рационален следующий метод лечения: {

=девитализация

- ~витальная ампутация
- ~сохранение жизнеспособности всей пульпы
- ~витальная экстирпация
- ~удаление зуба

}

Наиболее рационален при гангрене коронковой пульпы такой

метод лечения как: {

- ~девитализация
- ~витальная ампутация
- ~%50% витальная экстирпация с последующей антисептической обработкой каналов
- ~%50% витальная экстирпация с диатермокоагуляцией пульпы
- ~йод-электрофорез

}

Решающим в дифференциальной диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита является: {

- ~характер болей
- =термометрия
- ~зондирование
- ~электрометрия
- ~фактор времени

}

Решающим в дифференциальной диагностике гангренозного пульпита и хронического периодонтита является: {

- ~характер болей
- ~перкуссия
- ~зондирование
- =термометрия
- ~электрометрия

}

В случае так называемого остаточного пульпита в зубе

с плохо проходимыми каналами необходимо сделать: {

- ~новокаиновую блокаду
- ~антибиотики с кортикостероидами
- =электрофорез с йодом
- ~наложить мышьяковистую или параформальдегидную пасту
- ~диатермокоагуляцию

}

Скорейшему заживлению культи пульпы после витальной

ампутации способствует: {

- ~антибиотики
- =гидроокись кальция
- ~кортикостероиды
- ~эвгенол
- ~йод

}

В непроходимых щечных или медиальных каналах при методе витальной экстирпации необходимо оставить: {

~%50% гидроокись кальция

~%50% эвгеноловую пасту

~пасту на основе сочетания антибиотиков с кортикостероидами

~резорцин-формалиновую пасту

~тампон с йодом

}

Остановить кровотечение из каналов после экстирпации

пульпы лучше: {

~перекись водорода

=аминокапроновой кислотой или капрофером

~жидкостью фосфат-цемента

~ваготилом

~сухой турундой под давлением

}

При биологических методах лечения пульпита возникающие

осложнения связаны: {

=с ошибками в диагнозе

~с неправильным выбором лекарственного препарата

~с плохой фиксацией пломбы

~с нарушением правил асептики

~с ошибками в технике проведения метода

}

Из какой части зубного зачатка образуется ткань периодонта: {

~из мезенхимы зубного сосочка

=из зубного мешочка

~из клеток так называемого Гертвиговского влагалища

}

Состав волокнистых структур периодонта: {

~в периодонте наряду с коллагеновыми волокнами

встречается большое количество эластических волокон

~периодонт в основном представлен коллагеновыми  
волокнами

~небольшое количество ретикулярных и окситалановых  
волокон

~совершенно отсутствуют эластические

=волокнистые структуры периодонта представлены

коллагеновыми, эластическими, ретикулярными,

окситалановыми и другими группами волокон

}

Коллагеновые волокна периодонта имеют основные свойства: {

=удерживать зуб в правильном положении, равномерно распределяя давление на стенки альвеолы

- ~набухать в кислой среде, ощелачивая ее
- ~создавать благоприятные условия для фагоцитоза при воспалении
- ~обеспечивать физиологическую подвижность зуба
- ~быть устойчивыми к переваривающему действию тканевых ферментов и играть большое значение в репаративных процессах

Клеточный состав периодонта представлен: {

- ~клетками, присущими всякой соединительной ткани
- =кроме клеток соединительной ткани и вазогенного происхождения в периодонте имеются специфические клетки эпителия
- ~в периодонте отсутствуют какие либо специфические клетки
- ~периодонтом близким к цементу
- ~периодонтом близким к корневой пульпе

Активными защитниками ткани при воспалении являются

клетки периодонта: {

- ~плазматические, так как они участвуют в выработке антител, то есть в явлениях иммунитета
- ~фибробласты, так как они синтезируют коллаген
- ~%50% вазогенного происхождения
- ~%50% гистиоциты, так как они способны к фагоцитозу
- ~лейкоциты

Основной функцией периодонта является: {

- ~трофическая функция, ибо она обеспечивает питание цемента зуба
- =опорная, так как периодонт способен воспринимать большие нагрузки и распределять давление на стенки альвеолы
- ~пластическая функция, заключающаяся в способности клеток синтезировать коллаген и полисахариды, те строить саму ткань периодонта
- ~защитная функция, так как она обеспечивает активную борьбу с воспалением

С какой формой пульпита чаще всего приходится

дифференцировать острый периодонтит: {

- ~с острым серозным частичным пульпитом
- =с гнойным пульпитом
- ~с обострением хронического пульпита
- ~с хроническим гипертрофическим пульпитом
- ~с гангренозным пульпитом

Решающим тестом при дифференциальной диагностике

острого периодонтита и пульпита является: {

- ~перкуссия

=электроодонтодиагностика

~характер болей

~термометрия

~рентгенодиагностика

}

Наиболее точным при дифференциальной диагностике

апикального периодонтита и пародонтита является: {

~перкуссия

~все нижеперечисленное

~термометрия

=определение электровозбудимости пульпы,

рентгенография и перкуссия

~зондирование

}

Имеются ли показания для односеансового метода

лечения хронического периодонтита однокорневого

зуба: {

~нет, такой зуб подлежит удалению

~да, надо запломбировать канал и сделать разрез

~нет, ибо целесообразно вначале вылечить периостит,

а затем лечить зуб

=да, надо запломбировать в одно посещение при

условии тщательной обработки канала

~да, надо запломбировать и ввести в переходную

складку 0,5 мл гидрокортизона

}

Если зуб не выдерживает герметического закрытия в

канале лучше оставить: {

~антибиотики

~фенол с формалином

~желудочный сок

~трипсин

=гидрокортизон с антибиотиками

}

Боль при зондировании и кровоточивость канала

наблюдаются: {

~при хроническом фиброзном периодонтите

~при кистогранулемах

=при хроническом гранулирующем периодонтите

~при фиброзном периодонтите

~при остром периодонтите

}

В случаях болевых ощущений при зондировании

и кровоточивости из корневого канала следует

предпочесть: {  
~удаление зуба, ибо в дальнейшем грануляционная  
ткань резорбирует дентин и цемент корня  
~применение мышьяковистой пасты, поскольку  
лечить такой зуб надо, как пульпитный  
=проведение диатермокоагуляции и непосредственное  
пломбирование  
~проведение электроодонтометрии  
~закрытие зуба лечебной повязкой  
}

При лечении хронических гранулирующих периодонтитов  
пломбировать каналы нетвердеющими пастами: {  
~можно, ибо контакт пасты с тканями воспалительного  
периодонта дает лечебный эффект и будет способствовать  
его регенерации  
~%50 не следует, потому что эти пасты будут рассасываться за  
счет грануляционной ткани  
~можно и нужно, поскольку всегда есть возможность  
исправить дефекты пломбирования  
~можно при наличии свищевого хода, тем более  
целесообразно, ибо лекарственные вещества, входящие  
в состав пасты будут способствовать его закрытию  
~%50 нельзя, так как нетвердеющая паста не обеспечивает  
герметизма в канале  
}

При лечении хронического гранулирующего периодонтита в  
зубе с плохо проходимыми каналами наиболее целесообразен  
метод: {  
~серебрения, ибо серебро обладает бактерицидным  
олигодинамическим действием на микрофлору  
микроканалцев  
~резорцин-формалиновый, так как он мумифицирует  
частицы грануляционной ткани в недоступных участках  
корневых каналов  
~диатермокоагуляции, позволяющий коагулировать грануляции  
=ультрафонофореза с резорцин-формалиновой смесью  
~метод серебрения, так как он, образуя пленку по стенкам  
канала, закроет просветы дентинных канальцев и обеспечит  
герметизацию  
}

Происхождение эпителия гранулемы и кист -: {  
~это вегетировавший через десневой карман многослойный  
плоский эпителий полости рта  
~это вегетировавший через свищевой ход многослойный  
плоский эпителий полости рта  
=эпителиальную выстилку гранулем и кист образуют



эпителиальные островки Малайясе, клетки которых  
пролиферируют под влиянием воспаления  
}

На клетки эпителия при хроническом гранулематозном  
периодонтите могут воздействовать рациональнее всего  
методы: {

~выведения за верхушку зуба фосфат-цемента или  
другого пломбировочного материала  
~воздействие сильными кислотами  
=заапикальной диатермокоагуляцией  
~йод-электрофорез  
~резекция верхушки корня  
}

Можно ли оставить в канале турунду с трилоном «Б»? {

~можно  
~нужно для более длительного контакта трилона со  
стенками канала  
=нельзя, вследствие сильного декальцинирующего действия  
и опасности перфорации при механическом расширении  
канала  
~нельзя, ибо зуб не выдержит герметического закрытия  
~можно на 1 мин  
}

Сроки регенерации тканей периодонта сокращает применение  
средств: {

~кортикостероидные гормоны  
~антибиотики и слабые антисептики  
~пиридиновые основания  
~ферменты  
=гидроксиапатит с коллагеном  
}

Можно пломбировать резорцин-формалиновой пастой  
( без канализатора реакции) хорошо проходимые каналы: {

~можно, потому что она дает хороший герметизм канала  
~можно, ибо она обладает антисептическим и  
мумифицирующим действием  
=нельзя, поскольку она раздражает периодонт и окрашивает  
зуб  
~можно, ибо она вызовет обострение процесса, который  
завершится выздоровлением  
~нельзя, поскольку она негерметична  
}

Является ли выведение фосфат-цемента за верхушку  
при лечении хронических периодонтитов методом

активной терапии их: {  
~да, потому что фосфат-цемент стимулирует регенерацию  
костей ткани  
~нет, потому что он не дает полного герметизма  
корневых каналов  
=нет, ибо он является инородным телом и препятствует  
регенерации тканей пародонта  
~нет, ибо он дает обострение процесса  
}

Лучше всего снять боль, возникшую сразу после  
пломбирования канала: {  
~лидокаиновой блокадой по переходной складке  
=диадинамическим током  
~инъекцией антибиотиков  
~введением гидрокортизона в переходную складку  
~сделать разрез  
}

Основным для восстановления тканей периодонта  
является: {  
=тщательная инструментальная обработка канала  
~антимикробная обработка корневых каналов  
~противовоспалительная терапия  
~трансканальное введение препаратов, способствующих  
регенерации тканей  
~создание оттока экссудата  
}

Какой из корневых каналов верхнего первого моляра  
представляет наибольшие трудности для достижения  
верхушечного отверстия и подготовки к пломбированию: {  
~дистальный небный  
=медиальный щечный  
~щечный  
~дистальный щечный  
~небный  
}

Принятая рабочая длина корневого канала: {  
~точно соответствует анатомической длине зуба  
=короче на 1 мм, чем анатомическая длина зуба  
~длине на 1 мм, чем рентгенологическая длина зуба  
~иногда равна длине глубиномера ( по субъективным  
ощущениям)  
~всегда равна длине глубиномера (по субъективным  
ощущениям)  
}

Если произошла поломка инструмента при обработке канала в первую очередь необходимо сделать: {  
=рентгенографию зуба  
~информировать об этом пациента  
~измерить оставшуюся в руках часть инструмента  
~немедленно попытаться извлечь инструмент  
~во всех случаях удалить зуб  
}

Наиболее вероятный эффект, ожидаемый после наложения силикатной пломбы без прокладки при большой кариозной полости: {  
~образование заместительного дентина  
~образование так называемых мертвых путей  
~никаких изменений  
=некроз пульпы  
~образование прозрачного дентина  
}

Подкладка под силикатную пломбу защищает пульпу от: {  
=диффузии токсических кислот и фторидов  
~термических раздражений  
~гальванических эффектов  
~химических раздражений  
~механических раздражений  
}

Наиболее употребимы в состав корневых пломб нижеперечисленные компоненты: {  
~окись цинка и ортофосфорная кислота  
~окись цинка и антибиотики  
=окись цинка и авгенол  
~окись цинка и формокрезол  
~эпоксидные пластмассы  
}

Корневая пломба должна: {  
~достигать верхушечной трети канала  
~достигать верхушечного отверстия по рентгенологической оценке  
~быть на 1-2 мм дальше верхушечного отверстия  
=располагаться на 1 мм до верхушечного отверстия по рентгенологической оценке  
~достигать уровня дентино-цементного соединения  
}

Кортикостероиды используются в эндодонтической практике для снижения: {  
~зоны обнажения пульпы

- =воспаления пульпы и периодонта
- ~инфицирования пульпы
- ~петрификации пульпы
- ~механической травмы пульпы

Откуда появляются ионы кальция в «дентинном мостике» при заживлении пульпы под покрытием из гидроокиси кальция: {

- ~непосредственно из гидроокиси кальция
  - ~из местного распада клеток
  - =из кровотока пульпы
  - ~из окружающего дентина за счет редепозиции
  - ~за счет щелочного фосфатазы, присутствующей в пульпе
- }

Полип пульпы может возникнуть: {

- ~при остром пульпите
  - =при хроническом открытом пульпите
  - ~при некрозе пульпы
  - ~при хроническом закрытом пульпите
  - ~при хроническом периапикальном поражении
- }

Чаще всего бессимптомны: {

- ~острый пульпит
  - ~хронический открытый пульпит
  - ~хронический закрытый пульпит
  - =дентикл
  - ~полип пульпы
- }

Средняя длина полностью сформированного верхнего постоянного центрального резца равна: {

- ~25 мм
  - =22 мм
  - ~20 мм
  - ~24 мм
  - ~18 мм
- }

Наиболее целесообразен для пломбирования корневых каналов следующий пломбировочный материал: {

- ~паста с антибиотиками
  - ~амальгама
  - ~фосфат-цемент
  - =эндометазон
  - ~йодоформная паста
- }

Из перечисленных тактик в начале лечения хронического периодонтита целесообразна: {

~резекция верхушки корня  
~ретроградное пломбирование  
~раскрыть анатомическую полость зуба и оставить ее открытой  
=раскрыть анатомическую полость зуба и оценить рабочую длину канала  
~вывести зуб из склюзии  
}

Для устранения кровоточивости из канала в эндодонтии  
используется: {

~йодинол  
=перекись водорода  
~эвгенол  
~спирт  
~физиологический раствор  
}

Какие признаки указывают на то, что можно приступить  
к пломбированию каналов: {

~отсутствие запаха  
~отрицательный результат бактериологического контроля  
~отсутствие каких – либо жалоб со стороны пациента  
~отсутствие экссудата из каналов  
=все вышеперечисленное  
}

В качестве постоянных пломб для каналов могут быть  
использованы: {

~серебряный штифт  
~фосфат – цемент  
~гуттаперча  
~материал с 5% или 30% добавления в его состав йодоформной  
пасты  
=все вышеперечисленное  
}

После эндодонтического вмешательства произошел глубокий  
перелом коронки зуба После извлечения отломка наиболее  
предпочтительным способом восстановления коронки является: {

~керамическая коронка  
~золотая коронка  
~трехчетвертная коронка  
=макро – или микроштифты в каналах с последующим  
восстановлением серебряной амальгамой  
~пломба из композитного материала  
}

Для нейтрализации воздействия фенола наиболее употребим: {

- ~карбонат натрия
- =спирт
- ~дистиллированная вода
- ~креозот
- ~хлорамин

}

За счет чего действует на распад в канале перекись водорода: {

- ~высушивающий эффект
- ~термический эффект
- ~декальцификация дентина
- =высвобождение активного кислорода
- ~образование кислоты при контакте с распадом

}

Основным свойством ЭДТА является: {

- ~антисептическое действие
- =декальцинация дентина
- ~увлажнение канала
- ~усиление режущих свойств эндодонтических инструментов

}

При заполнении канала доводить постоянный пломбировочный материал (при условии полноценной obturation верхушечного отверстия) следует: {

- ~до режущего края или окклюзионной поверхности зуба
- ~заполнять этим материалом весь объем пульповой камеры
- =до устья корневых каналов
- ~до средней трети канала

}

Серебряные штифты предназначены прежде всего для улучшения герметичности пломбирования: {

- ~широких каналов
- ~каналов с несформированными верхушками
- ~каналов с резецированными верхушками
- =хорошо проходимых, none очень широких каналов с различной степенью изгибов

}

Чтобы снизить риск возможности перфорации искривленного канала необходимо: {

- =заранее согнуть кончик дрельбора перед введением в канал
- ~выбрать инструмент соответственно толщине канала
- ~вообще отказаться от расширения канала
- ~воспользоваться исключительно только химическими средствами расширения канала

}

Из перечисленных ниже патологий твердых тканей зубов

в период их развития возникает: {

~эрозии зубов

~%50% гипоплазия, гиперплазия эмали, флюороз

~кислотный некроз

~клиновидный дефект

~%50% наследственные нарушения развития зубов

}

Из перечисленных ниже некариозных поражений зубов,

возникающих после их прорезывания, чаще встречается: {

=травма, эрозия зубов, клиновидный дефект

~флюороз зубов

~гипоплазия эмали

~гиперплазия

~наследственное нарушение зубов

}

Фактором, способствующим развитию при гипоплазии

являются: {

~несовершенный остеогенез

~%50% нарушение обмена вещества при болезнях раннего  
детского возраста

~содержание фтора в питьевой воде

~%50% инфицирование фолликула при травме

~неясная причина

}

Характерными жалобами при гипоплазии являются: {

~повышенная чувствительность

~стертость эмали

~все вышеперечисленное

=изменение цвета и формы зубов

~жалобы отсутствуют

}

Наиболее типичной локализацией дефектов зубов при

гипоплазии является: {

~вестибулярная поверхность всех групп зубов

~фиссуры

~шейка фронтальных зубов

=вестибулярная поверхность резцов, клыков и бугров

первых моляров

~различные участки эмали

}

Формы клинического проявления гипоплазии: {

~пятнистая

~штриховая, чашеобразная

~эрозивная

~бороздчатая

=все вышеперечисленные

}

Заболеваниями, сходными по клинической картине

с гипоплазией эмали, являются: {

~%50% наследственные нарушения развития зубов

~%50% кариес

~некроз твердых тканей зубов

~гиперплазия

}

Причиной, ведущей к флюорозу зубов, является: {

~неясная причина

=содержание фтора в питьевой воде свыше 1 мг/л

~нарушение обмена веществ при болезнях раннего  
и детского возраста

~несовершенный остеогенез

~избыточный прием фторсодержащих средств

}

Типичные формы клинического проявления при флюорозе: {

~бороздчатая

~%50% меловидно – крапчатая

~%50% деструктивная

~штриховая

}

Наиболее типичной локализацией поражения зубов при

флюорозе является: {

=вестибулярная поверхность резцов, клыков

~фиссуры, естественные углубления

~шейка зуба

~вестибулярная поверхность эмали резцов, клыков,  
премоляров и моляров

~поражение твердых тканей всех групп зубов

}

Характерные жалобы больного при флюорозе: {

~подвижность зубов



=изменение цвета зубов  
~повышенная чувствительность  
~наличие дефектов эмали зубов  
~стертость зубов  
}

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  
}

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 дегенеративного процесса в краевом периодонте  
}

Клиническим симптомом при клиновидном дефекте является: {  
=дефект на шейке зуба в виде клина  
~изменение формы зуба  
~дефект режущего края и бугров в виде площадки  
~дефект на вестибулярной поверхности зубов в виде овала  
~дефект желобоватой формы в преддесневой области  
}

Характерные жалобы, предъявляемые больными при патологической стертости зубов: {  
~гиперестезия  
~боль в височно-нижнечелюстных суставах  
~эстетический дефект  
=все вышеперечисленное  
~самопроизвольные ночные боли  
}

Методы лечения дисколорита: {  
=протравка и пломбирование композитами  
~протравка кислотами

- ~депульпация и металлокерамика
- ~депульпация и изготовление металлопластмассовых колонок
- ~изготовление эстетических коронок без депульпации

}

Временные пломбировочные материалы должны обладать

следующими свойствами: {

- ~механической и химической прочностью, устойчивостью цвета
- ~иметь цвет, соответствующий цвету эмали, медленно затвердевать
- =хорошо прилипать к стенкам полости, не оказывать вредного влияния на пульпу, хорошо вводиться и выводиться из полости, не рассасываться и сохранять постоянство объема в течение нескольких месяцев
- ~выполнять функцию каналозаполняющих материалов
- ~быть рентгеноконтрастными

}

Временные пломбировочные материалы применяются с целью: {

- ~прокладок под постоянные пломбы
- ~пломбирование корневых каналов
- =лечебной прокладки, изоляции нетвердеющих или медленно твердеющих паст от постоянных пломб для повязок
- ~адгезива
- ~улучшения свойства постоянных пломб

}

Пульпа может погибнуть после применения силикат-цементных пломб: {

- ~за счет действия мышьяка, входящего в состав цемента
- ~за счет плохой прилипаемости
- ~за счет высокой рассасываемости
- =за счет действия кремневой кислоты
- ~за счет диффузии через пломбу различных вредных веществ из слюны

}

Основные недостатки быстротвердеющей пластмассы –

норакрила: {

- =значительная усадка и наличие остаточного мономера
- ~непостоянство цвета и рассасываемость материала
- ~механическая и химическая неустойчивость
- ~быстрая потеря свойств материала от времени его изготовления

~высокая чувствительность к влаге

}

Неглубокие полости нецелесообразно пломбировать

пластмассами: {

~потому, что под пластмассу необходимо применять прокладку, а при поверхностном кариесе

это сделать трудно

=вследствие того, что при малой массе пломбы температура разогрева ее будет явно недостаточная для полноценной полимеризации

~вследствие близости эмалево-дентинной границы

~в связи с трудностями создания правильной полости

~в связи с отсутствием адгезива

}

При использовании пластмасс угол перехода стенки

полости в дно закругляется: {

=потому, что пластмассовые пломбы под влиянием холодной и горячей пищи изменяют свой объем и при наличии прямых и тем более острых углов не успевают принять прежнюю форму

~потому, что можно при этом вскрыть полость зуба

~потому, что прокладка все равно нарушает этот угол

~потому, что данные материалы стремятся занять сферическую форму

~из-за трудностей при формировании прямого угла

}

Применять фосфат-цемент для постоянных пломб: {

~можно, поскольку этот материал относится к постоянным пломбировочным материалам

~нельзя, ибо он быстро рассасывается и механически непрочен

=можно в отдельных случаях, например, в зубах, готовящихся под коронку, при пломбировании молочных зубов, если до срока смены зуба осталось не более полугода

~нельзя, ибо он токсичен для пульпы

~нельзя из-за низких эстетических свойств

}

Можно ли применять комбинированные пломбы: {

~можно, ибо они сочетают в себе качество цементов

( прилипаемость) и амальгам (механическая прочность)

=нельзя, потому что они по прочности и рассасываемости хуже цементов и амальгамы

~можно, особенно при наложении больших контурных пломб, когда стенки зуба тонкие и могут не выдержать давления от расширения амальгамы  
~можно только с композитными материалами  
~можно только с эпакрилом  
}

Долговечность цементных пломб зависит: {  
=от правильного приготовления полости и технического приготовления цемента, тщательного высушивания полости, изоляции пломбы от влияния слюны и грамотной методике пломбирования  
~от правильного приготовления пломбировочной массы и изоляции пломбы от слюны  
~от правильного пломбирования – наложения пломбы 2 – 3-мя порциями хорошей конденсацией и шлифования ее к краям полости  
~от хорошего качества материалов  
~от включения в состав материалов специальных ингредиентов  
}

Правильная методика пломбирования пластмассами: {  
~прокладка накладывается только на дно, материал вносится в полость несколькими порциями  
=прокладка кладется до эмалево-дентинной границы, материал вводится одной, максимально двумя порциями, тщательно конденсируется и пломба изолируется специальным полиакрилатным лаком  
~прокладка накладывается на дно полости, пластмасса тщательно распределяется в полости, особенно у краев ее и оставляется избыток в местах, доступных последующей обработке  
~пластмасса должна вводиться в первой фазе полимеризации  
~материал должен применяться только с адгезивом  
}

Основными недостатками амальгамы следует считать: {  
~высокую чувствительность к влаге, изменение объема и возможность хронического микромеркуриализма  
=отсутствие адгезии, теплопроводимость и способность вызвать коррозию золотых коронок  
~потенциальную возможность вызвать аллергические поражения слизистой оболочки в результате образования микроотоков  
~потенциальную возможность вызвать парестезии со

стороны слизистой оболочки в результате образования  
микроотоков  
~низкие механические и эстетические свойства  
}

Закрывать перфорации в области бифуркации корней лучше: {  
~фосфат-цементом с фольгой  
~серебряной амальгамой  
=гидрооксипатитом  
~трикальций фосфатом (ТКФ)  
}

Нужно ли промывать серебряную амальгаму: {  
~нужно, ибо она загрязнена окисями металлов,  
способных окрасить ткани зуба  
=нельзя, поскольку она весьма чувствительна к влаге  
( сильно изменяется объем) и снижается прочность  
~не только нужно, но и должно, потому что  
непромытая амальгама очень медленно кристаллизуется  
~нужно, улучшаются прочностные качества амальгамы  
~нужно, амальгама становится менее токсичной  
}

При лечении глубокого кариеса и отсроченном  
пломбировании следует применять: {  
~искусственный дентин, окись цинка с водой, виноксол  
~фосфат-цемент  
~метод серебрения  
=пасты с гидратом окиси кальция, цинкэвгенольную пасту  
~пасту с антибиотиками  
}

Композиционные пломбировочные материалы, их основные  
свойства, отличие их от обычных полимерных материалов,  
пример: {  
=композитные материалы – материалы, имеющие  
полимерную основу и введенный специально обработанный  
наполнитель  
Отличаются высокими косметическими, физико-механическими  
свойствами  
Стомадент  
~полимерный материал с наполнителем, отличается лучшей  
адгезией  
~смесь различных полимеров Не отличается Акриоксид  
~смесь акриловой и эпоксидной смолы Более высокая  
прочность Карбодент, стомадент, эвикрол, Р-30, Р-50, Силлокс  
~эпоксидный материал с наполнителями Менее токсичен  
}

Укажите отечественный композитный пломбировочный материал и его назначение: {

=стомадент – пломбирование 3, 4 - 5класс

~карбодент – пломбирование 1 – 2 класс

~акрилоксид – пломбирование 3 – 5 класс

~норакрил – 100 – пломбирование 1 – 2 класс

~витакрил – пломбирование 3 – 5 класс

}

Укажите особенности подготовки кариозной полости для композиционного пломбировочного материала. Какие материалы используют в качестве прокладочных материалов

под композиционные пломбировочные материалы: {

~ящикообразная форма; цинк-эвгенольная паста

=формирование адгезивной полости, край полости

формируют со скосом под углом 45 градусов в эмали;

иономерный или поликарбоксилатный цемент

~край формируют обратноконический для лучшей

ретенции; фосфат-цемент

~по Блеку, фосфат-цемент

~со скосом в 25 градусов; цинк-эвгенольная паста

}

При пломбировании зубов полимерными материалами применяют матрицы с целью: {

=формирование контуров пломбы

~уменьшения количества материала

~улучшения прочностных качеств

~улучшения цветостойкости

~снижения полимеризационной усадки, коэффициента теплового расширения, улучшения цветостойкости, прочностных качеств, адгезии

}

Укажите моменты, на которые необходимо акцентировать внимание при пломбировании кариозных полостей композиционными материалами, которые влияют на эффективность лечения кариеса: {

~создание целевой полимеризации под давлением, протравка эмали

~покрытие пломбировочного материала воском

=пломбирование под давлением, протравка эмали, использование адгезивной системы; высушивание полости

~хорошее высушивание полости

~обработка полости спиртом

}

Из перечисленных материалов, обладающих наиболее раздражающими действиями на пульпу зуба, является: {

- =силицин
  - ~эпакрил
  - ~эвикрол
  - ~цинкполикарбонатный цемент
  - ~стомадент
- }

При пломбировании амальгамой и композиционными материалами используются деревянные клинья с целью: {

- =формирования края пломбы, исключая наложение материала на десневой сосочек
  - ~улучшения конденсации амальгамы
  - ~создания условий полимеризации материала под давлением
  - ~не травмирования десневого сосочка матрицей
  - ~уменьшения количества пломбировочного материала
- }

Укажите сроки обработки амальгамы после ее наложения: {

- =3-7 дней
  - ~14 дней
  - ~12 часов
  - ~30 дней
  - ~6 месяцев
- }

Корневые каналы с использованием гуттаперчевых штифтов

пломбируют: {

- =плюгтером
  - ~дрильбором
  - ~зондом
  - ~штопфером
  - ~корневой иглой
- }

Какими свойствами должны обладать временные пломбировочные материалы: {

- =биологической совместимостью с тканями зуба
- ~механической и химической прочностью, устойчивостью цвета
- ~иметь цвет, соответствующий цвету эмали, медленно затвердевать
- ~хорошо прилипать к стенкам полости, не оказывать вредного влияния на пульпу, хорошо вводиться и выводиться из полости, не рассасываться и сохранять постоянство объема в течении нескольких месяцев
- ~создавать герметизм повязки

}

Можно ли применять фосфат-цемент для постоянных пломб: {

~можно, поскольку этот материал относится к постоянным

пломбировочным материалам

~нельзя, ибо он быстро рассасывается

~нельзя, так как он механически не прочен

=можно в отдельных случаях, например, в зубах, готовящихся

под коронку, при пломбировании молочных зубов, если до

срока смены зубов осталось не более полугода

~нельзя, так как он токсичен

}

При перфорации дна полости в области бифуркации корней

целесообразно применять: {

~фосфат-цемент с фольгой

=серебряную амальгаму

~эпоксидный материал

~композиционный материал

~иономерный цемент

}

Для лечения глубокого кариеса материалы должны: {

~обладать хорошей пластичностью

~обладать быстрым отверждением

~обладать хорошей вводимостью

=обладать антимикробным и одонотропным действием

~не обладать пористостью, хорошо прилипать к стенкам

полости, не давать усадку

}

Отсроченный метод пломбирования применяется: {

~при пломбировании кариозных полостей 2-3 классов

композиционными материалами химического отверждения

с целью уменьшения реактивных изменений в пульпе,

развивающихся в ответ на формирование дополнительных

площадок

=при лечении глубокого кариеса, особенно если предстоит

положить амальгаму

~при пломбировании композиционными материалами

светового отверждения

~при пломбировании иономерными цементами 5 класса

~при недостатке времени у врача в связи с обильной

саливацией, при использовании цемента и амальгамы

}

При ампутационном методе лечения пульпитов после



девитализации пульпы лучше применять следующие пасты: {  
~тимоловую, йодоформную, эвгенол-тимоловую  
~пасты, содержащие сульфаниламидные препараты,  
стрентоцид, норсульфазол, антибиотики и кортикостероиды  
=формалинсодержащие пасты  
~цинк-эвгеноловую пасту, с гидратом окиси кальция  
~все вышеперечисленное  
}

При методе витальной ампутации следует применять пасты: {  
~тимоловую, йодоформную  
~эвгенол-тимоловую  
~пасты, содержащие сульфаниламидные препараты  
~формалинсодержащие пасты  
=цинк-эвгеноловую пасту, с гидратом окиси кальция  
}

После полной экстирпации пульпы лучше запломбировать  
корневой канал: {  
~фосфат-цементом  
~резорцин-формалиновой пастой  
~цинк-эвгеноловой пастой  
=эндометазоном  
~кальцитом  
}

Эффект мимикрии в композиционных материалах последнего  
поколения зависит: {  
~от бондинг-системы  
~от состава и времени протравки  
~от правильного формирования и пломбирования полости  
=от формы и размера наполнителя  
~от времени отверждения  
}

Гидроокись кальция вводится в состав паст для заполнения  
корневых каналов с целью: {  
~рентгеноконтрастности  
~стимуляции дентинно-цементогенеза  
=стимуляции остеогенеза  
~противовоспалительной терапии  
~адекватной биосовместимости материалов  
}

Материалы с гидроокисью кальция применяются: {  
~при пульпите с целью сохранения корневой пульпы  
~при верхушечном деструктивном периодонтите

~при патологии пародонта  
=при периодонтите в пожилом возрасте  
}

Материалы с гидроксидом кальция при пульпите используются: {  
~%50% с целью получения дентинного мостика, в месте покрытия с  
корневой пульпой  
~%50% с целью сохранения корневой пульпы (метод витальной  
ампутации пульпы)  
~для рентгеноконтрастности  
~с целью антимикробного воздействия на микрофлору корневых  
каналов  
}

Можно ли отнести применение гидроксидов кальция при глубоком  
кариесе к превентивной эндодонтии: {  
=да, ибо их использование в последнее время относится к  
профилактической эндодонтии  
~нет, поскольку этот метод не является профилактическим  
мероприятием  
~нет, то как гидроксид кальция – щелочь, а при pH 10-12 может  
наступить некроз пульпы  
~нет, поскольку для этой цели используются другие препараты  
~да, именно гидроксид кальция биологически совместима с  
здоровым слоем дентина  
}

Показаниями к применению стеклоиономерных цементов являются: {  
=3 и 5 класс  
~1 класс  
~2 класс  
~4 класс  
~восстановление анатомической формы зуба  
}

Наиболее важными требованиями, предъявляемыми к материалам  
для заполнения корневых каналов, являются: {  
~%333333%биологическая совместимость  
~%333333%антимикробная активность  
~%333333%хорошая вводимость из корневого канала  
~герметизм пломбирования  
~способность стимуляции остеодинтоцементогенеза  
}

Наибольшей биологической совместимостью обладают следующие  
материалы для заполнения корневых каналов: {  
~цинк-оксидэвгеноловая паста

~резорцин-формалиновая паста  
~эвгедент  
~эндодент  
=гуттаперчевые штифты  
}

Каналозаполняющими материалами, стимулирующими  
остеодентинно-цементогенез, являются: {  
~цинк-оксидэвгеноловая паста  
~эндометазон  
~эндодент  
=эвгедент  
~кальцит  
}

Противовоспалительный (противоотечный) эффект  
каналозаполняющих паст объясняется введением в их состав: {  
~антибиотиков  
=гормональных препаратов  
~антисептиков  
~сульфаниламидных препаратов  
~гидроокиси кальция  
}

Наилучшую герметичность пломбирования канала гуттаперчевыми  
штифтами дает методика: {  
~пломбирования твердеющими пастами  
~простое введение штифта  
~вертикальной конденсации  
~пломбирование с помощью плюгтера  
=предварительная подготовка канала эндодонтическим  
инструментом, затем введение пасты и далее штифта  
}

Что лучше сделать при перфорации одного из щечных корней  
16, 17, 26, 27: {  
~закрыть перфорацию гидроксилпатитом  
~закрыть перфорацию фосфат-цементом  
~закрыть перфорацию иономерным цементом  
=сделать ампутацию корня или резекцию корня на уровне  
перфорационного отверстия  
~удалить зуб  
}

Полировать пломбу из амальгамы лучше всего: {  
~порошком фосфат-цемента=вода  
~специальными полировочными пастами

~дентин-пастой  
~порошком дентина=вода  
=пастой на основе окиси цинка и воды  
}

Комплекс тканей, объединенных понятием пародонт: {  
~десна и круговая связка зуба  
~пародонт, десна, надкостница, зуб  
=десна, надкостница, кость альвеолы, пародонт, ткани зуба  
~десна, ткани зуба (цемент)  
~десна, надкостница, цемент  
}

Функции пародонта: {  
=барьерная, трофическая, рефлекторная, пластическая, амортизирующая  
~барьерная, амортизирующая  
~барьерная, рефлекторная, пластическая  
~рефлекторная  
~амортизирующая  
}

Основной функцией пародонта является: {  
~амортизирующая  
=барьерная  
~рефлекторная  
~рецепторная  
~пластическая  
}

Барьерная функция пародонта обеспечивается: {  
~ороговением многослойного плоского эпителия, наличием  
тучных клеток в эпителии  
~антибактериальной функцией десневой жидкости и слюны  
=ороговением многослойного плоского эпителия, тургором десны,  
состоянием мукополисахаридов, особенностями строения и  
функции десневой бороздки, антибактериальной функцией  
слюны за счет лизоцима, наличием тучных клеток  
~ороговением многослойного плоского эпителия  
}

Строение костной ткани альвеолы: {  
~кость альвеолы состоит из компактного костного вещества  
~кость альвеолы и из губчатой костной ткани  
=кость альвеолы и межзубной перегородки состоит из компактного костного вещества, образующего кортикальную пластинку, кость альвеолярного отростка представлена губчатой костной тканью  
~кость альвеолы представлена кортикальной пластинкой

~кость альвеолы представлена межзубной перегородкой  
}

Структурными образованиями микроциркуляторного русла

пародонта являются: {

~капилляры

~артериолы и венулы

=артериолы, прекапилляры, капилляры, посткапилляры, венулы

~прекапилляры, капилляры, посткапилляры

~венозные сосуды

}

Иннервацию пародонта обеспечивает: {

~лицевой нерв

~вторая ветвь тройничного нерва

=ветви зубных сплетений второй и третьей ветви тройничного нерва

~первая ветвь тройничного нерва

~все три ветви тройничного нерва

}

Ключевые факторы в этиологии заболеваний пародонта: {

~измененная реактивность организма

~микроорганизмы зубной бляшки

=микроорганизмы и продукты их обмена в зубном налете;

факторы полости рта, способные усиливать или ослаблять

влияние микроорганизмов, общие факторы, регулирующие

метаболизм тканей полости рта

~наследственность

~травматическая окклюзия

}

Состав зубной бляшки: {

~зубная бляшка представлена скоплением микроорганизмов

~зубная бляшка состоит из углеводов и липидов

=зубная бляшка представлена межклеточным матриксом,

состоящим из полисахаридов, протеинов, липидов,

неорганических компонентов, в который включены

микроорганизмы, эпителиальные клетки, лейкоциты, макрофаги

~зубная бляшка представлена органическими компонентами

~зубная бляшка состоит из элементов слюны

}

Имеется ли разница между воспалительными и дистрофическими

заболеваниями пародонта (пародонтитом и пародонтозом): {

~нет, это лишь формы одного и того же дистрофического

процесса в челюстях

=это совершенно различные заболевания

~разница определяется лишь вначале, развившиеся стадии  
данных заболеваний не отличаются друг от друга  
~воспалительный процесс предшествует дистрофическому  
~пародонтоз предшествует пародонтиту  
}

Наиболее неблагоприятным при развитии заболеваний пародонта

является: {  
~открытый прикус  
=глубокий прикус  
~перекрестный прикус  
~дистальный прикус  
~прямой прикус

Проба Шиллера – Писарева проводится с целью: {

~определения гигиенического состояния зубов  
~выявления изъявлений внутридесневых карманов  
=оценки степени воспалительных изменений десны  
~выявления зубной бляшки  
~определения гноя в десневом кармане  
}

Проба Кулаженко проводится с целью: {

~выявления барьерных возможностей пародонта  
~определения состояния проницаемости стенок сосудов  
=выявления стойкости стенок сосудов пародонта  
~определения воспалительных изменений десны  
~выявления зубной бляшки  
}

Методы функциональной диагностики, используемые в  
пародонтологии: {

~реопародонтография, остеометрия  
~реопародонтография, полярография  
=реопародонтография, остеометрия, полярография, биомикроскопия  
~реография  
~полярография  
}

Клиническими признаками катарального гингивита являются: {

~кровоточивость десен  
~наличие зубного налета, кровоточивость десен  
=отек и гиперемия десневого края и межзубных десневых сосочков, кровоточивость десен, отсутствие десневого  
кармана  
~кровоточивость десен, гиперестезия шеек зубов

~гиперестезия шеек зубов

}

Основными клиническими признаками отечной формы

гипертрофического гингивита являются: {

=десневые сосочки увеличены, имеют синюшный оттенок,

глянцевидную поверхность, кровоточат при дотрагивании,

при надавливании остаются отпечатки

~десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, кровоточат

при дотрагивании

~десневые сосочки увеличены, отечны, гиперемированы,

кровоточивость при надавливании, при зондировании

определяются десневые карманы

~кровоточивость при дотрагивании

~наличие ложных десневых карманов

}

Клиническими признаками фиброзной формы гипертрофического

гингивита являются: {

~десневые сосочки увеличены, синюшного цвета, кровоточат

при дотрагивании

=десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, на внутренней

поверхности имеют изъязвления, при зондировании определяются

ложные десневые карманы

~десневые сосочки синюшные, отечны, кровоточат при

надавливании, на зубах большое количество налета и зубного

камня

~наличие глубоких десневых карманов

~кровоточивость и боли от температурных раздражителей

}

Наиболее важными дифференциально-диагностическими

признаками острого язвенного гингивита являются: {

~гиперемия, отечность десневых сосочков, наличие десневых

карманов, изъязвление внутренней эпителиальной выстилки

десневых сосочков

=генерализованное изъязвление десневого края с усеченностью

вершин сосочков, покрытое фибринозным налетом

~болезненность десневых сосочков, кровоточащих при

надавливании, большое количество над- и поддесневых

зубных отложений

~наличие глубоких десневых карманов

~кровоточивость при дотрагивании

}

Основные клинические проявления пародонтита легкой степени

тяжести: {

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

Каковы данные рентгенографического обследования при легкой степени пародонтита: {

~резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 1/2 корня  
=резорбция компактных пластинок и вершин межзубных перегородок  
~наличие очагов остеопороза альвеолярной кости  
~сохранение кортикальной пластинки лунок зубов  
~изменений в костной ткани альвеолярного отростка нет  
}

Имеются ли карманы при легкой степени пародонтита: {

~нет  
~имеются, глубиной до 6 мм  
=имеются, глубиной 3-4 мм  
~имеются ложные десневые карманы  
~имеются костные карманы  
}

Глубина карманов при пародонтите средней степени тяжести: {

~карманов нет  
=5-7 мм  
~более 8 мм  
~имеются ложные десневые карманы  
~до 5 мм  
}

Подвижность зубов при пародонтите средней степени тяжести: {

~имеется легкая подвижность 1 степени  
~не имеется  
=подвижность зубов 1-2 степени  
~имеется подвижность 2-3 степени  
~имеется, при наличии травматической окклюзии  
}



Гнойное отделяемое из зубодесневых карманов при пародонтите

средней степени тяжести: {

~не имеется

~наблюдается очень редко

=наблюдается часто в стадии обострения

~выявляется только при проведении бензидиновой пробы

~выявляется при проведении формалиновой пробы

}

Каковы данные рентгенологического обследования челюстей

при пародонтите средней степени тяжести: {

=резорбция межзубных перегородок на высоту от 1/3 до 1/2

длины корня зуба, очаги остеопороза в губчатой кости

альвеолярного отростка

~снижение высоты гребней межзубных перегородок на

величину от 1/2 до 2/3 длины корня

~резорбция вершин межзубных перегородок, очаги остеопороза

в губчатой костной ткани альвеолярного отростка

~изменений в костной ткани нет

~явления остеопороза в губчатой кости

}

Решающим при дифференциальной диагностике хронического

катарального гингивита и пародонтита легкой степени тяжести

является: {

~подвижность и смещение зубов

=отсутствие круговой связки зуба, наличие зубодесневых

карманов

~выраженные воспалительные изменения десневого края и

десневых сосочков

~отсутствие десневого кармана, сохранение круговой связки

~глубина десневых карманов до 5 мм

}

Глубина карманов при тяжелом пародонтите составляет: {

~карманов нет

~3-4 мм

~до 6 мм

=более 8 мм

~до 2,5 мм

}

Подвижность зубов при тяжелом пародонтите: {

~подвижность 1-2 степени

~нет подвижности

=подвижность 2-3 степени

~подвижность только при значительной нагрузке

~подвижность только в отдельных участках челюсти

}

Решающим при дифференциальной диагностике хронического

генерализованного пародонтита и пародонтоза является: {

=отсутствие воспалительных изменений десен, отсутствие  
зубодесневых карманов, сохранение кортикальной пластинки  
на вершинах межзубных перегородок

~подвижность и смещение зубов

~повышенная чувствительность в области шеек зубов, наличие  
клиновидных дефектов

~наличие гнойного отделяемого из десневых карманов

~положительная формалиновая проба

}

При пародонтозе средней степени тяжести зубодесневые

карманы: {

~имеются, вследствие гибели связки зуба

=не имеются, так как дистрофические процессы  
в десне и костной ткани происходят одновременно

~не имеются, так как при пародонтозе сохраняется круговая  
связка зуба

~имеются только в участках перегрузки зубов

~глубина десневых карманов до 5 мм

}

К идиопатическим болезням пародонта можно отнести: {

~нейтропению, агаммаглобулинемию, эпулис, фиброматоз  
десен

=синдром Папийон – Лефевра, X-гистоцитозы, нейтропению,  
агаммаглобулинемию

~нейтропению, X-гистоцитозы, гингивиты, пародонтомы

~гингивит, пародонтит

~пародонтит, пародонтоз

}

Укажите план лечения наиболее эффективный при генерализованном  
хроническом катаральном гингивите: {

=антисептическая обработка полости рта, удаление зубных  
отложений, полирование поверхности зубов, обработка зубов  
фторосодержащими препаратами, противовоспалительная  
терапия десен, замена пломб и коронок по показаниям,  
лечение у ортодонта по показаниям

~антисептическая обработка полости рта, снятие над- и поддесневых  
зубных отложений, кюретаж, противовоспалительная терапия  
десен, лечение у ортодонта и ортопеда

~антисептическая обработка полости рта, снятие зубных

отложений, обработка зубов фторосодержащими препаратами,  
противовоспалительное лечение десен, включая прижигающие  
препараты, вызывающие склерозирование  
~инъекции в десну биологически активных веществ  
~обработка зубов фторосодержащими препаратами  
}

При лечении катарального гингивита используются кератолические,  
склерозирующие препараты и кислоты: {  
~да, так как они способствуют снятию отека и воспаления десен  
=нет, так как сильнодействующие препараты приводят  
к гибели фибробластов  
~да, так как они обладают прижигающим действием и приводят  
к гибели микроорганизмов зубного налета  
~да, только вначале лечения  
~да, в заключительной стадии лечения  
}

При хроническом катаральном гингивите в качестве антимикробных  
препаратов рекомендуется использовать: {  
~антибиотики и ферменты  
~аппликации слабых растворов антисептиков, повязки с трихополом,  
гепариновой, дибуноловой, гидрокортизоновой мазями,  
склерозирующие препараты  
=растворы антисептиков, ферментов, трихопол, бисептол в  
составе повязок  
~кератолитические препараты  
~кислоты, прижигающие препараты, спиртовые растворы  
}

При отечной форме гипертрофического гингивита в качестве  
противоотечной терапии рекомендуются: {  
~сильные антисептики, ибо они помимо антимикробного  
обладают прижигающим действием  
~ферменты, которые способствуют отторжению некротических  
масс и гнойного экссудата  
=препараты нитрофуранового ряда, отвары лекарственных  
трав, гипертонические растворы солей, гепариновая мазь,  
гидрокартизоновая мазь и эмульсия  
~инъекции в сосочки новэмбихина, эмульсии гидрокортизона  
~антибиотики  
}

В качестве склерозирующей терапии при гипертрофическом  
гингивите в десневые сосочки вводят: {  
=эмульсию гидрокортизона, раствор глюкозы 50-60%  
раствор новэмбихина

- ~сильные растворы антисептиков, ферменты
- ~растворы антибиотиков
- ~фурацилин
- ~гепарин

}

Медикаментозные препараты в качестве аппликаций растворов

накладываются на десну: {

- ~на 2 часа

- =на 20 минут

- ~на 6 часов

- ~на 5 минут

- ~не накладываются, а вводятся в виде инъекций в десневые сосочки

}

Укажите план лечения острого язвенного гингивита: {

- =обезболивание, антисептическая обработка, аппликация растворов ферментов, аппликация препаратов, улучшающих эпителизацию

- ~антисептическая обработка, противовоспалительная терапия, воздействие кератолитических препаратов

- ~антисептическая обработка, аппликация ферментов, повязки с кортикостероидными мазями

- ~введение антибиотиков

- ~снятие зубных отложений и воздействие препаратами, улучшающими эпителизацию

}

При остром язвенном гингивите внутрь назначают: {

- ~обезболивающие препараты

- ~антибиотики, обезболивающие, витамины

- =метронидазол, десенсибилирующие препараты, витамины

- ~сульфаниламидные препараты, антибиотики, витамины

- ~общее лечение не назначается

}

При противовоспалительной терапии хронического

генерализованного пародонтита легкой степени предпочтение

необходимо отдать: {

- ~антибиотикам, так как они обладают противомикробным действием

- ~биологически активным веществам

- ~сильным антисептикам, так как они кроме антимикробного обладают прижигающим действием

- =слабым антисептикам, ферментам, трихополу

~сильным кислотам, ваготилу, резорцину

}

Концентрация раствора хлоргексидина, рекомендуемая

для орошений полости рта, составляет: {

=2 %

~0,5 %

~0,1 %

~0,05 %

~0,01 %

}

При заболеваниях пародонта целью избирательного пришлифовывания является: {

~нормализация прикуса

=устранение преждевременных окклюзионных контактов, приводящих к травме от окклюзии

~восстановление анатомической формы зубов ;

~устранение восстановительного процесса;

~эстетические показания

}

Рекомендации по изменению питания больным с заболеваниями пародонта: {

=ограничить прием углеводов, особенно перед сном и в конце приема пищи, заканчивать прием пищи сырыми фруктами и овощами, хорошо очищающими поверхность зубов

~увеличить время обработки пищи, что бы исключить повышенную нагрузку на пародонт

~исключить из приема пищу, острую, кислую, холодную, раздражающую нервные окончания в области обнаженных шеек зуба

~необходимо рекомендовать жаренное, жирное

~необходима молочно-растительная диета

}

С целью профилактики заболеваний пародонта чистить зубы необходимо: {

~один раз утром

=два раза- утром и вечером

~только вечером

~три раза

~три- пять раз

}

Для чистки зубов необходимо рекомендовать щетку: {

~с натуральной щетиной

=с искусственной щетиной

~не имеет значение

~жесткую

~мягкую

}

Хранить зубную щетку рекомендуют: {

~в футляре

~с намыленной щетиной

=в гипертоническом растворе соли

~без футляра

~в содовом растворе

}

Признаком, свидетельствующим о наибольшей выраженности воспаления, является: {

~отечность

=кровоточивость самопроизвольная

~нарушение тургора

~ретракция десны

~кровоточивость индуцированная

}

Каким путем зубной камень вызывает и поддерживает воспаление десны?: {

=травмирует десну

~ухудшает кровоснабжение десны

~эразирует поверхность зуба

~является постоянным источником токсических продуктов

~снижает уровень десневого края

}

Наиболее эффективно в очистке апроксимальных поверхностей зубов: {

~зубная щетка

=нить (флос)

~водяная струя

~зубочистка

~процедура полоскания

}

С возникновением гиперплазии десны связаны такие фактора, как: {

~прием противосудорожных препаратов

~беременность

~лейкемия

~ротовое дыхание

=все перечисленное

}

Хирургические методы лечения заболеваний пародонта используются: {

~очень широко

~широко

~очень редко

=по показаниям

~редко

}

При кюретаже подлежат удалению следующие участки измененной ткани: {

~Грануляционная ткань  
~поддесневой зубной камень, размягченный цемент корня  
~поддесневой зубной камень, грануляционная ткань, проросший эпителий  
=поддесневой зубной камень, участки размягченного цемента  
~содержимое кармана, грануляционная ткань, проросший эпителий десны  
}

Десневая повязка после кюретажа накладывается на срок: {  
~12 или 14 дней  
~не накладывается  
=5-7 дней  
~3 дня  
~на сутки  
}

После кюретажа используют в первые сутки: {  
=защитные повязки (индифферентные)  
~лечебные противовоспалительные повязки  
~лечебные стимулирующие повязки  
~повязки, содержащие ферменты  
~повязки с кератопластическими  
}

К тканям собственно периодонта относятся: {  
~коллагеновые волокна  
~эластические волокна  
~коллагеновые, эластические, окситалановые волокна, кровеносные и лимфатические сосуды, нервные, клеточные элементы  
=элементы, свойственные соединительной ткани  
}

Укажите источник артериального кровоснабжения тканей пародонта: {  
~ветви челюстной артерии  
~ветви крыловидной артерии  
~крылонебная артерия  
~нижнечелюстная артерия  
=бассейн наружной сонной артерии  
}

Трофическую функцию пародонта осуществляют: {  
~артерии  
~артериоллы  
~артериоллы и венуллы  
=сеть капилляров и нервных рецепторов  
~прекапилляры и посткапилляры  
}

Основными факторами, приводящими к развитию окклюзионной травмы, являются: {

~бруксизм  
~частичная, вторичная адентия  
~патология прикуса  
~ошибки протезирования  
=патология прикуса, бруксизм, частичная, вторичная адентия, ошибки протезирования  
}

Укажите основные признаки воспалительных изменений в десне: {

~гиперемия, отечность, кровоточивость  
=десквамация, изъязвление, отечность, кровоточивость, гиперемия  
~кровоточивость  
~гиперемия, гноетечение  
~гноетечение  
}

Укажите основные причины развития очагового, катарального гингивита: {

~дефекты пломбирования пришеечных кариозных полостей  
~поддесневой зубной камень  
~плохой уход за полостью рта  
=наддесневые зубные отложения, наличие зубного налета, короткая низко прикрепленная уздечка губы и языка, дефекты пломбирования и протезирования  
~снижение местного иммунитета  
}

Укажите основные причины развития генерализованного катарального гингивита: {

~над – и поддесневой зубной камень  
~ошибки пломбирования кариозных полостей и протезирования  
=наличие зубной бляшки воспаление плохого ухода за зубами на фоне снижения местного и общего иммунитет  
~низкий уровень гигиены полости рта  
~заболевание желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы  
}

Патоморфологическая картина хронического катарального гингивита: {

~выраженная сосудистая реакция  
~нарушение процесса ороговения эпителия  
=отек, набухание коллагеновых волокон, паракератоз, акантоз, клеточная инфильтрация, сосудистая реакция  
~повышенная миграция лейкоцитов  
~экссудация жидкости из десневой борозды  
}

Основные причины развития гипертрофических гингивитов: {

~гормональные изменения в организме  
~патология прикуса  
~нерациональное протезирование  
=гормональные изменения в организме, прием определенных медикаментозных препаратов ( дифенин и другие), заболевание крови, дефицит витамина С нерациональное протезирование  
~недостаточная гигиена полости рта  
}



Клиническая картина отечной стадии гипертрофического гингивита: {

~кровоточивость при дотрагивании

~увеличение десневых сосочков, сопровождающихся синюшностью, напряжением ткани

~увеличение десневых сосочков с образование ложных зубодесневых карманов

~наличие над и под десневых зубных отложений

=увеличение десневых сосочков, синюшность, гиперемия, кровоточивость при дотрагивании, образование ложных десневых карманов  
появление

}

Клиническая картина фиброзной формы гипертрофического гингивита: {

~разрастание десневых сосочков

~кровоточивость десен

=плотные разросшиеся десневые сосочки бледно-розового цвета, кровоточивость отсутствует, имеются ложные десневые карманы

~образование десневых карманов глубиной до 5мм, кровоточивость десен

~кровоточивость десен, гноетечение, запах изо рта

}

Основные причины развития язвенного гингивита: {

=измененная реактивность организма после общих инфекционных заболеваний, стресс, приводящий к блокаде системы мононуклеарных макрофагов

~снижение резистентности тканей пародонта к грамотрицательным бактериям

~образование над- и поддесневого зубного камня

~гормональные изменения в организме

~прием медикаментозных препаратов, вызывающих нарушение иммунитета

}

Клиническая картина язвенного гингивита: {

~кровоточивость и боли в деснах при приеме пищи

~разрастание десен, кровоточивость при дотрагивании

=изъявление десневого края с усеченностью вершин сосочков, боли в деснах, гнилостный запах изо рта, большое количество зубного налета и камня, повышение температуры тела, потеря аппетита

~гноетечение из десен, гиперемия, боли при дотрагивании

~кровоточивость десен при приеме пищи, глубина десневых карманов 6-7 мм

}

Развитие язвенного гингивита вызывают: {

=десневая амеба, трихомонада, стрептококки, стафилококки, фузоспирохеты, спирохеты

~простейшие полости рта

~стрептококки, стафилококки

~фузоспирохеты

~простейшие и стрептококки

}

Основные причины развития пародонтита: {

~патология прикуса

~недостаточный гигиенический уход за зубами

=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

~снижение местной и общей реактивности организма

~микроорганизмы полости рта, приводящие к развитию и прогрессированию воспалительных изменений в пародонте

}

Основным дифференциально-диагностическим признаком пародонтита является: {

~гноетечение из десневых карманов

=повреждение связки зуба и образование десневого кармана

~кровоточивость десен и гноетечение при надавливании на десневой сосочек

~глубина десневого кармана от 5 мм

~увеличение десневых сосочков, гиперемия, синюшность, кровоточивость

}

Основными клиническими признаками пародонтита являются: {

~кровоточивость десен

~глубина десневых карманов 5-7 мм

~гноетечение из десневых карманов, повышенная чувствительность шеек зубов

=кровоточивость десен, отложение поддесневого камня, подвижность зубов, выделение гноя с десневого кармана, зубодесневые карманы глубиной от 3 мм и более

~увеличение десневых сосочков, повышенная чувствительность шеек

}

Клинические признаки пародонтоза: {

~отсутствие воспалительных явлений и зубодесневых карманов

~гиперемия десен, гноетечение из десневых карманов

=обнажение шеек зубов, ретракция десны, отсутствие воспалительных изменений, отсутствие подвижности зубов, повышенная чувствительность шеек зубов, зуд в деснах

~отечность, гиперемия десен, глубина десневых карманов от 5 мм, зуд в деснах

~болезненность и кровоточивость десен, подвижность зубов, повышенная чувствительность шеек зубов

}

Особенностью рентгенологической картины костной ткани челюстей при пародонтозе являются: {

~уменьшение высоты межзубных перегородок

=уменьшение костномозговых пространств, мелкоячеистый рисунок губчатой костной ткани, равномерное уменьшение высоты межзубных перегородок при сохранении кортикальных пластинок

~атрофические процессы в костной ткани

~воспалительная резорбция костной ткани лунок

~утолщение костных балок

}

Укажите физиотерапевтические воздействия, рекомендуемые при обострении воспалительных процессов в пародонте, сопровождаемые гноетечением: {

~электрофорез и фонофорез витаминов

=ультрафиолетовое излучение коротким спектром, лазерное излучение, флюктуоризация

~магнитотерапия

~УВЧ - терапия

~массаж

}

Гидромассаж рекомендуется проводить при лечении болезней пародонта: {

=до кюретажа или спустя три недели после кюретажа

~через неделю после кюретажа

~на любом этапе лечения

~сразу после кюретажа

~через полгода после кюретажа

}

Противопоказаниями для проведения физиотерапевтического лечения: {

~гноетечение из десневых карманов

=онкологические заболевания, туберкулез, инфекционные заболевания, сопровождающиеся высокой температурой, беременность

~хирургическое лечение болезней пародонта

~возраст до 15 лет

~возраст старше 50 лет

}

При проведении методики электрофореза лекарственных препаратов в ткани пародонта используется: {

~ток постоянный, высокого напряжения, небольшой силы

=низкого напряжения, небольшой силы постоянный ток

~переменный ток, небольшой силы высокого напряжения

~переменный ток низкого напряжения, небольшой силы

~постоянный ток высокого напряжения, большой силы

}

Противопоказаниями к проведению электрофореза при болезнях пародонта являются: {

~наличие гноя в зубодесневых карманах

=непереносимость постоянного тока, нарушение целостности эпителиального покрова слизистой оболочки, язвенный гингивит

~подвижность зубов 2-3 степени

~глубина зубодесневых карманов более 6 мм

~хирургическое лечение болезней пародонта

}

Каков действующий фактор методики дарсонвализации, используемый при лечении пародонтитов: {

=импульсный высокочастотный переменный ток малой силы и высокого напряжения

~постоянный ток низкого напряжения и большой силы

~постоянный ток высокого напряжения и небольшой силы

~переменный ток высокого напряжения и большой силы

~переменный ток низкого напряжения и большой силы

}

Какие параметры ультрафиолетового излучения используются для получения выраженного бактерицидного эффекта, при гнойных процессах в пародонте: {

=коротковолновое ультрафиолетовое излучение

~длинноволновое ультрафиолетовое излучение

~ультрафиолетовое излучение интегрального спектра

~инфракрасные лучи

~не имеет значения длина волны

}

При обучении пациента гигиене полости рта необходимо подчеркнуть, что рост налета возобновляется; через сколько часов после тщательной чистки зубов он начинает расти и вредно воздействовать на зубы и десну: {

- ~через 1 час
  - ~через 3 часа
  - =через 6 часов
  - ~через 12 часов
  - ~через 24 часов
- }

Самое важное в поддержании гигиены полости рта: {

- ~употреблять много воды и тщательно полоскать рот
  - ~регулярно посещать зубного гигиениста
  - =тщательно чистить зубы щеткой и пользоваться флоссами не менее 1 раза в день
  - ~использовать антисептические полоскания
- }

Наиболее подходящие качества зубной щетки: {

- 1) жесткие нейлоновые щетинки
  - 2) мягкие нейлоновые щетинки
  - 3) мягкие натуральные щетинки
  - 4) щетинки должны иметь закругленные концы
  - 5) щетинки должны иметь плоские концы
- ~верно 1 и 3
  - =верно 2 и 4
  - ~верно 2 и 5
  - ~верно 3 и 4
  - ~верно 1 и 5
- }

Укажите утверждения, справедливые по отношению к заболеваниям пародонта

- 1) заболевания пародонта инициируются местными раздражающими факторами
  - 2) системные факторы влияют на прогрессирование заболеваний пародонта
  - 3) травматические факторы не влияют на прогрессирование заболеваний пародонта: {
- ~верно 1; 2 и 3 - ложны
  - ~верно 2; 1 и 3 - ложны
  - =верно 1 и 2; 3 - ложно
  - ~ни одно из них неверно
  - ~верны все утверждения
- }

В основу современных классификаций афтозных стоматитов положена: {

- =клиника
  - ~этиология
  - ~патогенез
  - ~морфогенез
  - ~элемент
- }

Длительность существования афты: {

~5 дней

~10 дней

=15 дней

~более 10 дней

~от 15 до 40 дней

}

После заживления афты останется: {

~рубец гладкий

~деформирующий рубец

~рубцовая атрофия

=слизистая оболочка останется без изменений

~все вышеперечисленное

}

В основу классификации пузырных заболеваний положен: {

~этиологический принцип

~патогенетический принцип

=клинический принцип

~anamnestический принцип

~наследственный принцип

}

Главными «воротами» для проникновения микробов в организм человека является: {

~носовые ходы

=полость рта

~раневая поверхность

~половые органы

~мочевые пути

}

Многоформную экссудативную эритему принято относить к группе следующих заболеваний: {

~инфекционных

~аллергических

=инфекционно-аллергических

~неизвестной этиологии

~лекарственных

}

Для многоформной экссудативной эритемы характерен элемент поражения: {

~пузырь

~папула

~уртина

=сочетание нескольких элементов

~эрозия

}

Цикл развития пузырьных заболеваний составляет: {

~1 неделю

~2 недели

=3 недели

~2 месяца

~10 дней

}

Наиболее часто провоцирует развитие болезней фактор: {

=охлаждение

~переутомление

~нарушение диеты

~прием лекарственных препаратов

~обострение воспаления в очагах хронической инфекции

}

Зависит ли характер течения многоформной экссудативной эритемы от давности заболеваний: {

~да, ибо проявления болезни с течением времени становятся менее выраженными

=да, так как симптомы заболеваний усугубляются

~нет, так как рецидивы болезни отличаются однотипными симптомами

~с течением времени заболевание переходит в аллергию

~нет, заболевание течет монотонно

}

Принято различать форм лейкоплакий: {

~одну

~две

=три

~четыре

~пять

}

Сколько клинических разновидностей заболеваний красного плоского лишая принято различать на слизистой оболочке полости рта: {

~три

~четыре

=пять

~шесть

~два

}

Наиболее часто провоцирует развитие язвенно-некротический стоматит такой фактор, как: {

=охлаждение

~снижение уровня факторов естественной защиты

~вирусная атака

~плохая гигиена полости рта

~утомление

}

Ведущим симптомом при обнаружении декубитальной язвы во время осмотра полости рта является: {

~увеличение лимфоузлов

~запах изо рта

~валикообразные края язвы и плотное дно

=резкая болезненность

~температура тела

}

Какое действие врача является достаточным и тактически верным при декубитальной язве: {

=исследование язвы

~прижигание язвы

~смазывание антисептиками

~биопсия

~консультация онколога

}

Ведущим признаком медикаментозного стоматита является: {

~отсутствие продромальных явлений

~появление симптомов во рту после употребления лекарств

~наличие эрозий или пузырей

~наличие гиперемии и отека

=положительная наочная проба

}

Наиболее целесообразные действия врача при медикаментозном стоматите: {

~назначение внутрь антигистаминных препаратов

=отмена лекарств

~назначение нистатина внутрь

~назначение антисептика в виде аппликаций или полосканий

~назначение стероидных гормонов

}

Диагноз контактный стоматит ставится на данных: {

=анамнеза

~клинических симптомов

~лабораторных анализов

~дополнительных методов исследования

~цитологических

}

При контактном стоматите ведущим клиническим симптомом является: {

=гиперемия

~отек

~боли

~парестезия

~гипертезия

}

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

}

Наиболее часто провоцирует кандидамикоз: {

=употребление в пищу большого количества свежих фруктов

~утомление

~алкоголизация

~охлаждение

~контакт с больным

}

Электрический ток - это: {

=направленное (упорядоченное) движения зарядов

~поток электронов

~поток ионов

~перемещение положительных ионов

~перемещение отрицательных ионов

}

Постоянный электрический ток - это: {

=направленное движение электрических зарядов

~направленное перемещение положительных и отрицательных ионов

~перемещение положительных ионов

~движение электрических зарядов, направление которых с течением времени меняется

~перемещение электронов

}

Переменный электрический ток - это: {

~перемещение отрицательных ионов

~направление движения положительных и отрицательных ионов

=движение зарядов, направление которых дважды меняется в каждую единицу времени

~колебательное движение положительных ионов

~перемещение электронов

}

Электрический ток лучше всего проводят: {

~мышечная ткань

~кожа

~твердые ткани зуба



=слона

~костная ткань

}

Хуже всего проводят электрический ток: {

~мышечная ткань

~кожа

=твердые ткани зуба

~слона

~костная ткань

}

Живая ткань способна проводить электрический ток благодаря: {

~наличию в ней жидкости

=наличию в ней ионов

~наличию отрицательных зарядов

~наличию положительных зарядов

~наличию биопотенциалов в клетке

}

Назначение гидрофильной прокладки: {

=способствовать равномерному распределению тока

=предохранять кожу от ожога

=уменьшить сопротивление ткани постоянному току

~уменьшить нагревание ткани

~уменьшить раздражающее действие переменного тока

}

Нужна ли гидрофильная прокладка при гальванизации: {

~да, ибо в ней скапливаются ионы и образуются прижигающие вещества

=да, так как гидрофильная прокладка предохраняет кожу от ожога и способствует повышению электропроводности

~нужна, так как она улучшает электропроводность

~не нужна, так как постоянный ток не вызывает нагревания тканей и электрода

~не нужна, так как она ухудшает электропроводность кожи

}

Гидрофильная прокладка не применяется: {

~при гальванизации

=при диатермии

~при лечении ультразвуком

~при диадинамотерапии

~при флюктуоризации

}

Гидрофильная прокладка смачивается: {

~всем нижеперечисленным

~холодной водопроводной водой

~дистиллированной водой  
=теплым раствором, содержащим неорганические соли, физраствором, теплой водопроводной водой  
}

Имеется ли различие в действии разных полюсов постоянного тока на ткани: {  
~нет, ибо через оба электрода проходит одинаковое количество тока  
=да, имеется  
~нет, ибо постоянный ток неравномерно распределяется, большая его часть скапливается у катода (-)  
~да, ибо постоянный ток неравномерно распределяется в тканях с разной электропроводностью  
~нет, ибо большая часть тока проходит через анод (=)  
}

Гальванизация - это: {  
~применение с лечебной целью электрического тока  
~применение с лечебной целью переменного электрического тока низкой частоты  
=применение с лечебной целью постоянного тока низкого напряжения, не изменяющего своей величины (силы)  
~введение в ткани лекарственных веществ посредством постоянного тока  
~применение переменного тока высокой частоты  
}

Электрофорез - это: {  
~применение с лечебной целью электрического тока  
~применение с лечебной целью электрического тока высокой частоты  
=введение в ткани лекарственных веществ посредством постоянного тока  
~введение в ткани лекарственных веществ посредством переменного тока  
~введение в ткани лекарственных веществ с помощью ультразвукового аппарата  
}

Кариозную полость при электрофорезе корневых каналов целесообразно закрывать: {  
~дентином, так как его легко удалить после процедуры  
~цементом, так как при этом достигается герметичное закрытие полости  
=липким воском  
~обычным воском  
~тугим ватным тампоном, так как он обеспечивает удержание электрода в кариозной полости  
}

Электрофорез йода более всего показан: {  
~при остром периодонтите  
=при всех нижеперечисленных формах периодонтита  
~при любой форме хронического периодонтита с непроходными корневыми каналами  
~при медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите  
~в зубах, не выдерживающих герметического закрытия  
}

УВЧ показано: {  
~при хроническом периодонтите  
=при остром периодонтите, при хроническом периодонтите в стадии обострения

~при любой форме хронического периодонтита с непроходными корневыми каналами  
~при медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите  
~в зубах, не выдерживающих герметического закрытия  
}

При обострении зуба после пломбирования канала (при наличии отека, гиперемии) целесообразно применять: {

~УВЧ  
~микроволны  
=флюктуоризацию  
~электрофорез новокаина  
~д арсанализацию  
}

При методе витальной экстирпации экспозиция диатермокоагуляции составляет: {

=2-3 с  
~6-7 с  
~60 с  
~20 с  
~1-2 мин  
}

Длительность процедуры электрофореза: {

=20-30 мин  
~6-8 с  
~20-60 с  
~2-4 мин  
~5-10 мин  
}

При кариесе зубов наиболее целесообразны: {

=электрофорез, УФО  
~общие ультрафиолетовые средства физиотерапии  
~УВЧ  
~микроволны  
~д арсанализация  
}

Экспозиция заапикальной диатермокоагуляции: {

~60 с  
=6-8 с  
~2-3 с  
~20 мин  
~1-2 мин  
}

Экспозиция диатермокоагуляции грануляционной ткани в корневом канале: {

=2-3 с

~6-8 с  
~60 с  
~20 с  
~1-2 мин  
}

Диатермокоагуляцию в корневом канале применяют: {  
~для стерилизации корневого канала  
~для девитализации  
=для диатермокоагуляции грануляционной ткани и корневой пульпы  
~для обезболивания  
~для всего вышперечисленного  
}

Электроодонтометрия - это: {  
=исследование состояния нервных окончаний пульпы  
~диагностика пульпита  
~диагностика кариеса  
~диагностика периодонтита  
~диагностика пародонтита  
}

Электроодонтометрия применяется: {  
=для определения состояния нервных окончаний пульпы  
~для определения состояния нервных окончаний периодонта  
~для дифференциальной диагностики пульпита и периодонтита  
~для дифференциальной диагностики кариеса и пульпита  
~для определения возбудимости нервных окончаний пародонта  
}

При электроодонтометрии применяется сила тока: {  
=от 0 до 150 мкА (микроампер)  
~от 0 до 150 А (ампер)  
~от 10 до 50 мкА  
~от 50 до 100 мкА  
}

Наиболее часто применяют при лечении пульпита: {  
~электрофорез  
=диатермокоагуляцию  
~флюктуоризацию  
~микроволны  
~д арсанализацию  
}

При лечении хронического периодонтита применяют: {  
=электрофорез

- ~диатермокоагуляцию
- ~флюктуоризацию
- ~микроволны
- ~д арсанвализацию

}

Реакция пульпы на 15-20 мкА соответствует диагнозу: {

- =Хронический фиброзный пульпит
- ~глубокий кариес, острый пульпит
- ~хронический периодонтит
- ~гангренозный пульпит (отсутствие коронковой пульпы)
- ~острый периодонтит

}

Реакция пульпы на 60 мкА соответствует заболеванию: {

- ~острому пульпиту
- ~глубокому кариесу
- ~хроническому периодонтиту
- =гангренозному пульпиту (отсутствие коронковой пульпы)
- ~острому периодонтиту

}

При отсутствии реакции на ток до 100 мкА можно предположить следующее заболевание: {

- ~средний кариес
- ~интактный зуб
- =хронический периодонтит
- ~гангренозный пульпит
- ~глубокий кариес

}

В несформированном зубе пульпа отвечает на силу тока: {

- =2-3 мкА
- ~15-20 мкА
- ~40-60 мкА
- ~80-90 мкА и ниже
- ~ответная реакция отсутствует

}

Флюктуоризацию целесообразно назначить: {

- ~при кариесе
- ~при хроническом периодонтите
- ~при хроническом пульпите
- =при остром периодонтите, пародонтите
- ~все вышеперечисленное

}

Д арсанвализацию можно рекомендовать: {

~при множественном кариесе  
~при хроническом периодонтите  
=при хроническом гингивите  
~при невралгии тройничного нерва  
~при неврите  
}

УФО назначают: {  
~при среднем кариесе  
~при остром герпетическом гингивите  
~при пульпите  
=при декубитальной язве, автозном стоматите  
~при лейкоплакии  
}

При острограниченном периодонтите может быть применена: {  
~электрофорез  
~д арсонвализация  
~диатермокоагуляция  
=микроволновая терапия, флюктуоризация  
~ЭП УВЧ  
}

Нормы нагрузки врача хирурга-стоматолога на один день при 5-ти дневной рабочей недели: {  
~20 УЕТ  
~17 УЕТ  
=21 УЕТ  
~индивидуальная нагрузка  
~25 УЕТ  
}

Как следует проводить очистку, обработку и стерилизацию стоматологического инструментария после производства гнойных манипуляций: {  
~только дезинфекция  
~предстерилизационная подготовка и стерилизация  
~дезинфекция с последующей стерилизацией  
~только стерилизация  
=дезинфекция, предстерилизационная подготовка и стерилизация  
}

Одна должность медицинской сестры устанавливается: {  
~на 4 должности врачей хирургов-стоматологов  
=на 1 должности врачей хирургов-стоматологов  
~на 2 должности врачей хирургов-стоматологов  
~на 3 должности врачей хирургов-стоматологов  
~на 0,5 ставки  
}

Одна должность санитарки устанавливается: {  
~на 2 должности врачей хирургов-стоматологов  
~на 3 должности врачей хирургов-стоматологов  
=на 1 должности врачей хирургов-стоматологов  
~на 4 должности врачей хирургов-стоматологов  
~на 0,5 ставки  
}

В лечебной работе врача целесообразно использовать следующие категории качества: {  
~УЕТ  
=процент санированных  
~деонтологические причины  
~процент осложненного кариеса  
~все вышеперечисленное  
}

Объем первой медицинской помощи проводится в очаге катастроф: {  
~временная остановка кровотечения  
~профилактика и лечение асфиксии  
~наложение асептической повязки  
~введение обезболивающих средств  
=все вышеперечисленное  
}

При клиническом методе обследования жалобы и анамнез включают в себя: {  
~общие сведения о больном  
~анамнез жизни  
~анамнез заболевания  
~перенесенные и сопутствующие заболевания  
=все перечисленные выше  
}

Как поступать, если больной не может подробно рассказать анамнез заболевания: {  
~не предавать этому значения  
~%50% задавать наводящие вопросы  
~%50% вызвать на беседу родственников  
~записать в истории болезни, что собрать анамнез заболевания не удалось  
}

Если больной доставлен в приемное отделение без сознания: {  
~жалобы и анамнез в истории болезни не записываются  
=история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи  
~история болезни заполняется после нормализации состояния  
}

Следует ли писать в истории болезни: { «при внешнем осмотре отмечается асимметрия лица»: {  
~обязательно  
=нет, так как нет симметричных лиц

}

В истории болезни при внешнем осмотре больного отражается: {

~%333333%локализация изменений

~%333333%характер изменений (припухлость, деформация, рубец, дефект)

~функциональные нарушения (речи, глотания, жевания)

~%333333%цвет кожных покровов (нормальные, бледные, цианотичные, гиперемизированные)

}

Последовательность осмотра слизистой полости рта: {

=губ, щек, альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба, языка, подъязычной области

~губ, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, языка, щек

~губ, языка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, щек, альвеолярных отростков

}

Ложная флюктуация - это: {

=флюктуация воспринимается в одном направлении

~отсутствие колебаний жидкости в полости

~колебание жидкости во всех направлениях

Определяются ли в норме лимфатические узлы лица и шеи: {

~да

=нет

}

Как правильно проводить пальпацию: {

=от «здорового» к «больному» участку тела

~от «больному» к «здоровому» участку тела

}

Бимануальная пальпация применяется: {

~во всех случаях патологии челюстно-лицевой области

~в челюстно-лицевой области не применяется

=при патологии тканей дна полости рта

~только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез

~только при локализации процесса в щечной области

~при локализации процесса на шее

В методиках гальванизации при электрофорезе применяется: {

=постоянный ток

~переменный ток

}

К диадинамическому току относится: {

~однотактный непрерывный ток



~двухтактный непрерывный ток  
~прерывистый ритмичный ток  
=все вышеперечисленные  
}

Физиотерапевтическое лечение больных с острыми воспалительными процессами после вскрытия начинается: {

=с 1-3 дня  
~с 4-6 дня  
~с 7-10 дня  
}

Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется: {

~мианозом, сонливостью; уменьшается назначением в премедикации  
~судорогами  
=тошнотой и рвотой  
}

Наибольшей длительностью действия обладает: {

~тримекаин  
~новокаин  
~лидокаин  
=маркаин  
}

Новокаин наиболее эффективен для: {

=инфильтрационной анестезии  
~проводниковой анестезии  
~внутрилигаментарной инъекции  
~спонгиозной инъекции  
~внутрипериодонтальной инъекции  
}

Тримекаин наиболее эффективен для: {

~инфильтрационной инъекции  
=проводниковой инъекции  
~поднадкостничной инъекции  
~внутрилигаментарной инъекции  
~спонгиозной инъекции  
}

Лидокаин наиболее эффективен для: {

=инфильтрационной инъекции, проводниковой инъекции  
~спонгиозной инъекции  
~внутрилигаментарной инъекции  
~внутрипульпарной инъекции  
~внутрипульпарной инъекции  
}

Инфильтрационная анестезия наиболее показана: {

=для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка

~для нижнего первого премоляра

~для центральных нижних резцов

}

Первым признаком анафилактического шока является: {

~снижение центрального венозного давления

=снижение сердечного выброса

~снижение артериального давления

~повышение артериального давления

~увеличение венозного возврата

}

Пульсовое давление при выраженном сосудистом коллапсе: {

~увеличивается

~остается неизменным

~уменьшается, а затем увеличивается

=уменьшается

~вариабельно

}

Противопоказаниями к проведению местного обезболивания являются: {

~дентофобия

~резко выраженная эмоциональность с невротической реакцией

=заболевания центральной нервной системы

~детский возраст

~все вышеперечисленные противопоказания

}

Наиболее эффективными физиотерапевтическими методами при альвеолите являются: {

~УВЧ

~электрофорез

~УФО

=лазерная терапия

~д арсанализация

}

Наиболее характерен для туберкулезного поражения следующий набор признаков: {

=вялое начало заболевания; отсутствие болевого синдрома;

хронический лимфаденит; лимфатические узлы спаяны в пакеты; наличие свища со скудным зеленоватым отделяемым с творожистым комочками

~острое начало заболевания; в полости рта гангренозный зуб;

накануне зуб болел в подчелюстной области пальпируется

плотный болезненный инфильтрат; температура 38,5 град

цельсия

~медленное развитие воспалительного процесса; отсутствие причинного зуба; кожа плотно спаяна с инфильтратом в околоушно-жевательной области; хронический лимфаденит; в центре инфильтрата пальпируется размягчение

~медленное развитие воспалительного процесса; в полости рта гангренозный зуб; лимфаденит поднижнечелюстных лимфатических узлов; из свищевого хода выбухает грануляционная ткань, свищ ведет в ткань щеки; от причинного зуба к инфильтрату тянется плотный тяж под слизистой оболочкой переходной складки

~над слизистой оболочке щеки имеются небольшие инфильтраты и бугорки; в двух местах на слизистой щеки имеются болезненные афты с подрытыми краями и желтоватым дном; процесс развивается медленно; лимфаденит и лимфангоит в подчелюстной области; температура субфебрильная  
}

Для постановки диагноза «сифилис» необходимо сделать: {

~анализ крови

~общий анализ мочи

=анализ крови на реакцию Вассермана

~анализ крови на свертывающую систему

~СОЭ  
}

Для сифилитической язвы или эрозии в полости рта характерно: {

~эрозивное поражение на слизистой нижней губы; основание инфильтрата не очень плотное; отмечается некоторое увеличение лимфатических узлов

~наличие эрозивно-язвенной поверхности на слизистой нижней губы; в анамнезе слизистой нижней губы острая форма воспаления в области травмы; слизистая травмирована острым краем отколовшегося зуба; нет склероденита

=наличие плотного инфильтрата на нижней губе; имеется язвенная поверхность размером 0,5 x 1 см: { язва как бы приподнята над окружающими тканями; нет болезненности; подчелюстные лимфатические узлы увеличены, уплотнены, безболезненны

~язва поражает ткани губы на значительную глубину; появилась на губе около месяца назад; дно язвы покрыто некротической массой; пальпация нижней губы безболезненна; в подчелюстной области лимфатические узлы одиночные, плотные, с окружающими тканями спаяны  
~язва поражает ткани губы в подслизистом и мышечном слое; на дне определяется плотный некротический стержень беловато-грязного цвета, гладкие, не подрытые; не смотря на значительные разрушения, болей нет; лимфатические узлы подчелюстной области не увеличены  
}

Для послеоперационного и постинфекционного сиалоаденита  
характерно: {  
=заболевание развивается медленно; субфебрильная  
температура; уплотнение и болезненность в области околоушной  
слонной железы; сухость во рту; болезненность по ходу выводного  
протока околоушной слонной железы  
~быстрое начало; болезненное глотание; контрактура нижней  
челюсти; высокая температура; инфильтрат за углом нижней  
челюсти  
~небольшая давность заболевания; припухание слонной железы;  
боли во время еды; высокая температура; гнойное отделяемое  
от протока  
~острое начало; высокая температура; глотание слегка болезненно;  
воспалительная контрактура; разрушенный нижний второй  
моляр  
}

При послеоперационном и постинфекционном сиалоадените показано  
следующее лечение: {  
~%333333%диета, повышающая саливацию  
~%333333%комплекс мероприятий  
~%333333%антибиотики  
~компресс  
}

Признаками, характерными для острого вирусного сиалоаденита,  
являются: {  
~%333333%асимметрия лица за счет припухлости в области околоушных  
желез, нижнечелюстных слонных желез  
~%333333%сухость во рту  
~%333333%высокая температура  
~открывание рта свободное  
}

При диагнозе острого вирусного сиалоаденита тактика врача: {  
~уход за больным и постельный режим  
~диета (кислое питье, сухари)  
~тепловые процедуры (компресс, мазовые повязки, ФТП)  
~применение интерферона  
~антибиотики  
=все вышеперечисленное  
}

Для слюннокаменной болезни характерен следующий набор признаков: {  
~острое начало; болезненное глотание; высокая температура;  
контрактура нижней челюсти; инфильтрат в подчелюстной области  
~острое начало; сухость во рту; разрушенный нижний второй

моляр; сглаженность и гиперемия переходной складки; боль при жевании  
~острое начало; движения языком болезненны; сухость во рту, гиперемия зева; ограниченное открывание рта  
=заболевание развивается медленно в течение 5-7 дней; субфебрильная температура; припухлость и болезненность в подчелюстной области; сухость во рту; болезненность по ходу вартонов протока  
~высокая температура; глотание болезненное; ограничение открывания рта; разрушенный нижний третий моляр  
}

К расширению выводного протока слюнных железы могут привести: {

~профессиональные вредности  
~сдавливание протока патологическим процессом  
~обтурация протока слущившимся эпителием при воспалении  
~врожденное расширение протока  
=этиология неизвестна  
}

Слабое место в капсуле височно-нижнечелюстного сустава: {

=в задней стенке  
~в наружной стенке  
~в передней стенке  
}

При остром артрите предпочтительным видом физиотерапии является: {

~электрофорез с вирапином  
~кварц  
=УВЧ  
}

При остром артрите наблюдаются следующие рентгенологические изменения: {

~суставная щель сужена  
~возможно неравномерное расширение  
=суставная щель определяется  
~не определяется  
}

К хроническому артриту чаще приводит: {

=бруксизм  
~переломы нижней челюсти в области угла  
~двусторонняя частичная адентия  
}

Накладывать иммобилизацию при остром травматическом артрите: {  
целесообразнее на срок

~не меньше 7 дней  
~не меньше 2х недель  
=2-3 дня  
}

Для ревматического артрита характерны следующие симптомы: {

~постоянные боли  
~длительная тугоподвижность в суставе  
=периодическое ограничение подвижности сустава,  
сопровождающееся болями  
}

Наиболее характерными симптомами ревматоидного артрита

являются: {

=нарастающая тугоподвижность в суставе  
~постоянно иррадирующие боли  
~привычный вывих  
}

Для деформирующего артроза характерен следующий рентгенологический

признак: {

~расширение суставной щели  
=изменение контуров сочленяющихся поверхностей за счет  
неравномерного разрастания костной ткани  
~сужение суставной щели  
}

Для уточнения диагноза «острого ревматического артрита»

необходимо следующие исследования: {

~общий анализ крови  
~%50% сиаловая проба  
~%50% дифениламиновая проба  
~на содержание амилазы  
~остаточный азот  
}

При травматическом артрите нижнечелюстную фиксацию

накладывают: {

~на 2-3 дня  
=на 5-7 дней  
~на 9-14 дней  
}

Зубной техник конструирует протез на основании: {

~выбора цвета и формы зубов  
~диалога с пациентом  
~снятия слепка в полости рта  
=указаний стоматолога

}  
Показанием для проведения постоянного шинирования является: {  
~подвижность зубов 1 степени  
=подвижность зубов 2-3 степени  
~пародонтоз тяжелой степени  
~перед хирургическим лечением  
~после хирургического лечения  
}

Коллагеновые волокна периодонта имеют основные свойства: {  
=удерживать зуб в правильном положении, равномерно распределяя давление на стенки альвеолы  
~набухать в кислой среде, ощелачивая ее  
~создавать благоприятные условия для фагоцитоза при воспалении  
~обеспечивать физиологическую подвижность зуба  
~быть устойчивыми к переваривающему действию тканевых ферментов и играть большое значение в репаративных процессах  
}

Клеточный состав периодонта представлен: {  
~клетками, присущими всякой соединительной ткани  
=кроме клеток соединительной ткани и вазогенного происхождения в периодонте имеются специфические клетки эпителия  
~в периодонте отсутствуют какие либо специфические клетки  
~периодонтом близким к цементу  
~периодонтом близким к корневой пульпе  
}

Активными защитниками ткани при воспалении являются  
клетки периодонта: {  
~плазматические, так как они участвуют в выработке антител,  
то есть в явлениях иммунитета  
~фибробласты, так как они синтезируют коллаген  
~%50% вазогенного происхождения  
~%50% гистиоциты, так как они способны к фагоцитозу  
~лейкоциты  
}

Основной функцией периодонта является: {  
~трофическая функция, ибо она обеспечивает питание цемента зуба  
=опорная, так как периодонт способен воспринимать большие нагрузки и распределять давление на стенки альвеолы  
~пластическая функция, заключающаяся в способности клеток синтезировать коллаген и полисахариды, те строить саму ткань периодонта  
~защитная функция, так как она обеспечивает активную борьбу с воспалением  
}

С какой формой пульпита чаще всего приходится дифференцировать острый периодонтит: {  
~с острым серозным частичным пульпитом  
=с гнойным пульпитом  
~с обострением хронического пульпита  
~с хроническим гипертрофическим пульпитом  
~с гангренозным пульпитом  
}

Решающим тестом при дифференциальной диагностике острого периодонтита и пульпита является: {  
~перкуссия  
=электроодонтодиагностика  
~характер болей  
~термометрия  
~рентгенодиагностика  
}

Наиболее точным при дифференциальной диагностике апикального периодонтита и пародонтита является: {  
~перкуссия  
~все нижеперечисленное  
~термометрия  
=определение электровозбудимости пульпы,  
рентгенография и перкуссия  
~зондирование  
}

Имеются ли показания для односеансового метода лечения хронического периодонтита однокорневого зуба: {  
~нет, такой зуб подлежит удалению  
~да, надо запломбировать канал и сделать разрез  
~нет, ибо целесообразно вначале вылечить периостит, а затем лечить зуб  
=да, надо запломбировать в одно посещение при условии тщательной обработки канала  
~да, надо запломбировать и ввести в переходную складку 0,5 мл гидрокортизона  
}

Если зуб не выдерживает герметического закрытия в канале лучше оставить: {  
~антибиотики  
~фенол с формалином  
~желудочный сок



~трипсин  
=гидрокортизон с антибиотиками  
}

Боль при зондировании и кровоточивость канала  
наблюдаются: {  
~при хроническом фиброзном периодонтите  
~при кистогранулеме  
=при хроническом гранулирующем периодонтите  
~при фиброзном периодонтите  
~при остром периодонтите  
}

В случаях болевых ощущений при зондировании  
и кровоточивости из корневого канала следует  
предпочесть: {  
~удаление зуба, ибо в дальнейшем грануляционная  
ткань резорбирует дентин и цемент корня  
~применение мышьяковистой пасты, поскольку  
лечить такой зуб надо, как пульпитный  
=проведение диатермокоагуляции и непосредственное  
пломбирование  
~проведение электроодонтометрии  
~закрытие зуба лечебной повязкой  
}

При лечении хронических гранулирующих периодонтитов  
пломбировать каналы нетвердеющими пастами: {  
~можно, ибо контакт пасты с тканями воспалительного  
периодонта дает лечебный эффект и будет способствовать  
его регенерации  
~%50 не следует, потому что эти пасты будут рассасываться за  
счет грануляционной ткани  
~можно и нужно, поскольку всегда есть возможность  
исправить дефекты пломбирования  
~можно при наличии свищевого хода, тем более  
целесообразно, ибо лекарственные вещества, входящие  
в состав пасты будут способствовать его закрытию  
~%50 нельзя, так как нетвердеющая паста не обеспечивает  
герметизма в канале  
}

При лечении хронического гранулирующего периодонтита в  
зубе с плохо проходимыми каналами наиболее целесообразен  
метод: {  
~серебрения, ибо серебро обладает бактерицидным  
олигодинамическим действием на микрофлору

микроканалцев

~резорцин-формалиновый, так как он мумифицирует  
частицы грануляционной ткани в недоступных участках  
корневых каналов  
~диатермокоагуляции, позволяющий коагулировать грануляции  
=ультрафонофореза с резорцин-формалиновой смесью  
~метод серебрения, так как он, образуя пленку по стенкам  
канала, закроет просветы дентинных канальцев и обеспечит  
герметизацию  
}

Происхождение эпителия гранулемы и кист -: {

~это вегетировавший через десневой карман многослойный  
плоский эпителий полости рта  
~это вегетировавший через свищевой ход многослойный  
плоский эпителий полости рта  
=эпителиальную выстилку гранулем и кист образуют  
эпителиальные островки Мажанде, клетки которых  
пролиферируют под влиянием воспаления  
}

На клетки эпителия при хроническом гранулематозном  
периодонтите могут воздействовать различные методы: {

~выведения за верхушку зуба фосфат-цемента или  
другого пломбировочного материала  
~воздействие сильными кислотами  
=заапикальной диатермокоагуляцией  
~йод-электрофорез  
~резекция верхушки корня  
}

Можно ли оставить в канале турунду с трилоном «Б»? {

~можно  
~нужно для более длительного контакта трилона со  
стенками канала  
=нельзя, вследствие сильного декальцинирующего действия  
и опасности перфорации при механическом расширении  
канала  
~нельзя, ибо зуб не выдержит герметического закрытия  
~можно на 1 мин  
}

Сроки регенерации тканей периодонта сокращает применение  
средств: {

~кортикостероидные гормоны  
~антибиотики и слабые антисептики

~пирамидиновые основания  
~ферменты  
=гидроксипапатит с коллагеном  
}

Можно пломбировать резорцин-формалиновой пастой  
( без канализатора реакции) хорошо проходимые каналы: {  
~можно, потому что она дает хороший герметизм канала  
~можно, ибо она обладает антисептическим и  
мумифицирующим действием  
=нельзя, поскольку она раздражает периодонт и окрашивает  
зуб  
~можно, ибо она вызовет обострение процесса, который  
завершится выздоровлением  
~нельзя, поскольку она негерметична  
}

Является ли выведение фосфат-цемента за верхушку  
при лечении хронических периодонтитов методом  
активной терапии их: {  
~да, потому что фосфат-цемент стимулирует регенерацию  
костей ткани  
~нет, потому что он не дает полного герметизма  
корневых каналов  
=нет, ибо он является инородным телом и препятствует  
регенерации тканей пародонта  
~нет, ибо он дает обострение процесса  
}

Лучше всего снять боль, возникшую сразу после  
пломбирования канала: {  
~лидокаиновой блокадой по переходной складке  
=диадинамическим током  
~инъекцией антибиотиков  
~введением гидрокортизона в переходную складку  
~сделать разрез  
}

Основным для восстановления тканей периодонта  
является: {  
=тщательная инструментальная обработка канала  
~антимикробная обработка корневых каналов  
~противовоспалительная терапия  
~трансканальное введение препаратов, способствующих  
регенерации тканей  
~создание оттока экссудата  
}

Какой из корневых каналов верхнего первого моляра представляет наибольшие трудности для достижения верхушечного отверстия и подготовки к пломбированию: {  
~дистальный небный  
=медиальный щечный  
~щечный  
~дистальный щечный  
~небный  
}

Принятая рабочая длина корневого канала: {  
~точно соответствует анатомической длине зуба  
=короче на 1 мм, чем анатомическая длина зуба  
~длине на 1 мм, чем рентгенологическая длина зуба  
~иногда равна длине габриномера ( по субъективным ощущениям)  
~всегда равна длине габриномера ( по субъективным ощущениям)  
}

Если произошла поломка инструмента при обработке канала в первую очередь необходимо сделать: {  
=рентгенографию зуба  
~информировать об этом пациента  
~измерить оставшуюся в руках часть инструмента  
~немедленно попытаться извлечь инструмент  
~во всех случаях удалить зуб  
}

Наиболее вероятный эффект, ожидаемый после наложения силикатной пломбы без прокладки при большой кариозной полости: {  
~образование заместительного дентина  
~образование так называемых мертвых путей  
~никаких измерений  
=некроз пульпы  
~образование прозрачного дентина  
}

Подкладка под силикатную пломбу защищает пульпу от: {  
=диффузии токсических кислот и фторидов  
~термических раздражений  
~гальванических эффектов  
~химических раздражений  
~механических раздражений  
}

Наиболее употребимы в состав корневых пломб

нижеперечисленные компоненты: {

~окись цинка и ортофосфорная кислота

~окись цинка и антибиотики

=окись цинка и авгенол

~окись цинка и формокрезол

~эпоксидные пластмассы

}

Корневая пломба должна: {

~достигать верхушечной трети канала

~достигать верхушечного отверстия по рентгенологической  
оценке

~быть на 1-2 мм дальше верхушечного отверстия

=располагаться на 1 мм до верхушечного отверстия  
по рентгенологической оценке

~достигать уровня дентино-цементного соединения

}

Кортикостероиды используются в эндодонтической практике

для снижения: {

~зоны обнажения пульпы

=воспаления пульпы и периодонта

~инфицирования пульпы

~петрификации пульпы

~механической травмы пульпы

Откуда появляются ионы кальция в «дентинном мостике» при

заживлении пульпы под покрытием из гидроокиси кальция: {

~непосредственно из гидроокиси кальция

~из местного распада клеток

=из кровотока пульпы

~из окружающего дентина за счет редепозиции

~за счет щелочного фосфатазы, присутствующей в пульпе

}

Полип пульпы может возникнуть: {

~при остром пульпите

=при хроническом открытом пульпите

~при некрозе пульпы

~при хроническом закрытом пульпите

~при хроническом периапикальном поражении

}

Чаще всего бессимптомны: {

- ~острый пульпит
  - ~хронический открытый пульпит
  - ~хронический закрытый пульпит
  - =дентикл
  - ~полип пульпы
- }

Средняя длина полностью сформированного верхнего постоянного центрального резца равна: {

- ~25 мм
  - =22 мм
  - ~20 мм
  - ~24 мм
  - ~18 мм
- }

Наиболее целесообразен для пломбирования корневых каналов следующий пломбировочный материал: {

- ~паста с антибиотиками
  - ~амальгама
  - ~фосфат-цемент
  - =эндометазон
  - ~йодоформная паста
- }

Из перечисленных тактик в начале лечения хронического периодонтита целесообразна: {

- ~резекция верхушки корня
  - ~ретроградное пломбирование
  - ~раскрыть анатомическую полость зуба и оставить ее открытой
  - =раскрыть анатомическую полость зуба и оценить рабочую длину канала
  - ~вывести зуб из склюзии
- }

Для устранения кровоточивости из канала в эндодонтии используется: {

- ~йодиол
  - =перекись водорода
  - ~эвгенол
  - ~спирт
  - ~физиологический раствор
- }

Какие признаки указывают на то, что можно приступить к пломбированию каналов: {

~отсутствие запаха  
~отрицательный результат бактериологического контроля  
~отсутствие каких – либо жалоб со стороны пациента  
~отсутствие экссудата из каналов  
=все вышеперечисленное  
}

В качестве постоянных пломб для каналов могут быть использованы: {  
~серебряный штифт  
~фосфат – цемент  
~гуттаперча  
~материал с 5% или 30% добавления в его состав йодоформной пасты  
=все вышеперечисленное  
}

После эндодонтического вмешательства произошел глубокий перелом коронки зуба После извлечения отломка наиболее предпочтительным способом восстановления коронки является: {  
~керамическая коронка  
~золотая коронка  
~трехчетвертная коронка  
=макро – или микроштифты в каналах с последующим восстановлением серебряной амальгамой  
~пломба из композитного материала  
}

Для нейтрализации воздействия фенола наиболее употребим: {  
~карбонат натрия  
=спирт  
~дистиллированная вода  
~креозот  
~хлорамин  
}

За счет чего действует на распад в канале перекись водорода: {  
~высушивающий эффект  
~термический эффект  
~декальцификация дентина  
=высвобождение активного кислорода  
~образование кислоты при контакте с распадом  
}

Основным свойством ЭДТА является: {  
~антисептическое действие

- =декальцинация дентина
- ~увлажнение канала
- ~усиление режущих свойств эндодонтических инструментов

}

При заполнении канала доводить постоянный пломбировочный материал (при условии полноценной obturation верхушечного отверстия) следует: {

- ~до режущего края или окклюзионной поверхности зуба
- ~заполнять этим материалом весь объем пульповой камеры

=до устья корневых каналов

- ~до средней трети канала

}

Серебряные штифты предназначены прежде всего для улучшения герметичности пломбирования: {

- ~широких каналов
- ~каналов с несформированными верхушками
- ~каналов с резецированными верхушками

=хорошо проходимых, но не очень широких каналов с различной степенью изгибов

}

Чтобы снизить риск возможности перфорации искривленного канала необходимо: {

- =заранее согнуть кончик дрельбора перед введением в канал
- ~выбрать инструмент соответственно толщине канала
- ~вообще отказаться от расширения канала
- ~воспользоваться исключительно только химическими средствами расширения канала

}

Из перечисленных ниже патологий твердых тканей зубов в период их развития возникает: {

- ~эрозии зубов
- ~%50% гипоплазия, гиперплазия эмали, флюороз
- ~кислотный некроз
- ~клиновидный дефект
- ~%50% наследственные нарушения развития зубов

}

Из перечисленных ниже некариозных поражений зубов, возникающих после их прорезывания, чаще встречается: {

- =травма, эрозия зубов, клиновидный дефект
- ~флюороз зубов



- ~гипоплазия эмали
- ~гиперплазия
- ~наследственное нарушение зубов

}

Фактором, способствующим развитию при гипоплазии

являются: {

- ~несовершенный остеогенез
- ~%50% нарушение обмена вещества при болезнях раннего детского возраста
- ~содержание фтора в питьевой воде
- ~%50% инфицирование фолликула при травме
- ~неясная причина

}

Характерными жалобами при гипоплазии являются: {

- ~повышенная чувствительность
- ~стертость эмали
- ~все вышеперечисленное
- =изменение цвета и формы зубов
- ~жалобы отсутствуют

}

Наиболее типичной локализацией дефектов зубов при

гипоплазии является: {

- ~вестибулярная поверхность всех групп зубов
- ~фиссуры
- ~шейка фронтальных зубов
- =вестибулярная поверхность резцов, клыков и бугров первых моляров
- ~различные участки эмали

}

Формы клинического проявления гипоплазии: {

- ~пятнистая
- ~штриховая, чашеобразная
- ~эрозивная
- ~бороздчатая
- =все вышеперечисленные

}

Для дифференциальной диагностики кист и продуктивного воспалительного процесса челюстных костей наиболее информативны: {

- ~наличие в исследуемой области зуба с осложнением кариеса
- =данные рентгенографии
- ~данные электроодонтодиагностики
- ~длительность процесса

~степень активности кариеса  
}

Наиболее достоверным симптомом для диагноза хронического неспецифического паротита является: {  
~наличие припухлости в околоушно-жевательной области  
~сухость во рту  
~наличие в анамнезе эпидемического паротита  
=мутная с примесями слюна  
~не назван  
}

Чаще воспаляется: {  
~подъязычная слюнная железа  
~подчелюстная слюнная железа  
=околоушная слюнная железа  
~малые слюнные железы на губе  
~слюнные железы на языке  
}

Наиболее достоверно подтверждает диагноз эпидемического сиалоаденита: {  
~двусторонний характер поражения  
=данные эпидемического анамнеза  
~показатели гемограммы  
~результат противовоспалительной терапии  
~не назван  
}

Наиболее распространенным путем передачи вируса простого герпеса человеку является: {  
=воздушно-капельный  
~контактный  
~половой  
~трансплацентарный  
~любой из названных  
}

Укажите основные симптомы, свидетельствующие о диагнозе острого герпетического стоматита: {  
~клиническая картина острого инфекционного заболевания  
~лимфадентит  
~гингивит  
~высыпания в полости рта  
=все перечисленные выше симптомы

}

Ведущую роль в патогенезе острого герпетического стоматита играет: {

- ~контакт с больным ребенком
  - =снижение уровня иммунитета
  - ~переохлаждение
  - ~недавно перенесенное ОРЗ
  - ~все перечисленное выше
- }

Основное средство лечения при остром герпетическом стоматите: {

- =противовирусное
  - ~жаропонижающее
  - ~обезболивающее
  - ~антисептическое
  - ~стимулирующее иммунитет
- }

Чаще болеют ОГС: {

- ~дети грудного возраста
  - =дети ясельного возраста
  - ~дети дошкольного возраста
  - ~младшие школьники
  - ~старшие школьники
- }

Ребенок , больной ОГС, не является распространителем вируса: {

- =после полной эпителизации всех высыпаний
  - ~через 5 дней после последних высыпаний
  - ~в период остаточного гингивита
  - ~после угасания лимфаденита
  - ~в любой из перечисленных периодов
- }

Возбудителем острого герпетического стоматита является: {

- =вирус герпеса
  - ~вирусно-микробные ассоциации полости рта
  - ~микрофлора полости рта, приобретающая патогенные свойства при снижении реактивности организма
  - ~смешанная вирусная инфекция
  - ~не названа
- }

При остром герпетическом стоматите: {

- ~корочка
- ~волдырь
- =пузырек
- ~гнойничок
- ~узелок
- }

Для ранней диагностики и начала профилактических мероприятий в отношении стоматита могут быть использованы такие признаки ОГС, как: {

- ~герпетические высыпания на коже лица, рук
- ~подъем температуры, ухудшение общего самочувствия, отказ от еды, слюнотечение
- =катаральный гингивит и лимфаденит
- ~катаральный гингивит, лимфаденит, герпетические высыпания на коже
- ~не знаю
- }

Для клиники ОГС характерно: {

- ~повышенная температура тела
- ~лимфаденит
- ~наличие эрозии в полости рта
- ~наличие гингивита
- =все перечисленные
- }

Для тяжелой формы ОГС характерны: {

- ~лимфаденит
- ~повышенная температура тела
- ~гингивит
- ~эрозия на слизистой оболочке полости рта
- =все перечисленные симптомы
- }

Ведущим симптомом, характерным для тяжелой формы ОГС, является: {

- ~гингивит
- =повышение температуры тела до 39-40 град цельсия
- ~лимфаденит подчелюстных узлов
- ~высыпание в полости рта
- ~любой из названных
- }

Для местного лечения ОГС в первые 3 дня наиболее показаны: {

- ~противовирусные препараты
- ~кератопластические средства

~антисептические средства  
=противовирусные мази и обезболивающие вещества  
~все перечисленные выше вещества  
}

Для местного лечения ОГС в катаральном периоде наиболее показаны: {  
=противовирусные препараты  
~кератопластические средства  
~антисептические вещества  
~противовирусные мази и обезболивающие вещества  
~все перечисленные выше вещества  
}

Ведущими лекарственными препаратами в местной терапии ОГС в период угасания болезни являются: {  
~противовирусные средства  
~антисептики  
=кератопластические средства  
~протеолитические средства  
~ни один из указанных  
}

Целесообразнее назначать ребенку с ОГС противовирусную терапию: {  
~в период высыпаний  
~в момент появления лимфаденита  
=продромальный период  
~в период появления гингивита  
~во все указанные периоды  
}

Противовирусным действием обладают: {  
=бонафтоновая 0,5 % мазь  
~флуцинар  
~неомициновая мазь  
~полимиксиновая мазь  
~нистатиновая мазь  
}

Наиболее показаны при лечении ОГС следующие методы антисептической обработки полости рта: {  
~орошение полости рта антисептиками  
=антисептическая гигиеническая обработка зубов  
~оксигенотерапия  
~все перечисленные выше методы

~ни один из перечисленных выше методов  
}

Прием больных с ОГС предпочтительно должен осуществляться: {  
=в отдельном кабинете  
~в общем кабинете, специальным набором инструментов  
~в общем кабинете  
~ни один из перечисленных  
~любой из перечисленных  
}

Ведущим в противоэпидемических мероприятиях при вспышке ОГС в детском саду является: {  
~дезинфекция помещения  
~изоляция и лечения больных детей  
=установление источника инфекции  
~обезвреживание предметов общего пользования  
~определение путей передачи инфекции  
}

Первоочередными противоэпидемическими мерами при ОГС и РГС являются: {  
~индивидуальная гигиена полости рта, индивидуальная посуда  
=ежедневные осмотры детей с целью диагностики и изоляции больных  
~все перечисленное  
~дезинфекция помещений и предметов общего пользования  
~проведение всем контактированным детям без клинических симптомов профилактических мероприятий с использованием противовирусных мазей (3-4 раза в день)  
}

Врачи-стоматологи при приеме больных ОГС и РГС в период обострения должны соблюдать следующие профилактические меры: {  
~специфическая дезинфекция рабочего инструментария  
~наличие марлевой повязки на лице во время приема  
~кварцевание рабочего кабинета  
=все названные  
~ни один из них  
}

Главным в местном лечении хронического рецидивирующего герпетического стоматита является: {  
=применение средств, стимулирующих местный иммунитет  
~длительное местное лечение с использованием противовирусных препаратов  
~применение кератопластических средств

~применение обезболивающих средств  
~ни один из названных  
}

Патогенетическое лечение герпангины заключается: {  
~противовирусное, кератопластическое  
=противовирусное лечение  
~применение средств физиотерапии  
~не знаю  
~ни один из названных  
}

Язвенно-некротические поражения слизистой оболочки рта наблюдаются: {  
~при гиповитаминозах  
~при хроническом гипацидном гастрите  
~при компенсированных заболеваниях почек  
~при хроническом бронхите  
=при заболеваниях крови и кроветворных органов  
}

Для хронического рецидивирующего афтозного стоматита характерны: {  
~множественные пузырьковые высыпания, в том числе на красной кайме губ  
~острый катаральный гингивит  
=единичные эрозии округлой или овальной формы  
~пузыри на разных участках слизистой оболочки рта  
~эрозии разных размеров с фестончатыми краями на гиперемированном фоне  
Заболеваниями краевого пародонта сопровождаются  
~открытый прикус  
~тесное положение зубов  
~глубокий прикус  
~дистопия 3 ~ 3  
=любая из названных  
}

О наличии истинного патологического зубодесневого кармана у детей надежно свидетельствует: {  
~подвижность зуба  
~глубина зубодесневого кармана свыше 4мм  
=рентгенологические симптомы патологии пародонта  
~любой из названных  
~ни один из названных  
}

Основным методом для выявления пародонта при диспансеризации детей у участкового стоматолога является: {

~осмотр

=проба Шиллера

~рентгенологические исследования

~генеалогический анамнез

~не знаю

}

Массовым и обязательным исследованием при диспансерном исследовании детей пубертатного возраста у стоматолога для выявления болезни пародонта является: {

~определение толерантности к глюкозе

~рентгенологическое исследование

=проба Шиллера-Писарева

~любой из названных методов

~ни один из них

}

Рентгенологическими симптомами патологии пародонта являются: {

~деструкция кортикальной пластинки межзубной перегородки

~диффузный остеопороз костной ткани

~остеопороз межзубных перегородок

=все перечисленные варианты

~ни один из перечисленных вариантов

}

Ведущим признаком, отличающим хронический гингивит от пародонтита, является: {

~наличие патологического десневого кармана

~воспаление десневого края

~наличие зубного камня

=рентгенологические симптомы

~не знаю

}

Методом окклюзиографии можно установить: {

~симптом неравномерной нагрузки при аномалиях прикуса

~симптом неравномерной нагрузки при ортогнатическом прикусе

~тесное положение зубов

=все перечисленное

~ни один из перечисленных

}



Для лечения хронического гингивита предпочтительно применять: {  
~протеолитические ферменты  
~мази, содержащие антибиотики  
~противовоспалительные средства растительного происхождения  
=любые средства противовоспалительного действия  
~склерозирующую терапию  
}

Показание к пластинке преддверия рта формируется в возрасте: {  
~до 3 лет  
~3-7 лет  
=7-9 лет  
~9-12 лет  
~12-15 лет  
}

Новорожденному неотложная помощь может потребоваться: {  
~при аномалии уздечки верхней губы  
=при аномалии уздечки языка  
~при расщелине верхней губы  
~при свище на губе  
~при расщелине неба  
}

Дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба должны лечиться: {  
~у хирурга-стоматолога  
~у хирурга-стоматолога и ортодонта  
~у хирурга-стоматолога детского и логопеда  
~у педиатра и хирурга-стоматолога детского  
=у группы специалистов в центрах диспансеризации данного профиля  
}

Прямым показанием к рассечению уздечки языка в грудном возрасте служит: {  
~наличие короткой уздечки языка  
=затрудненное сосание  
~короткая уздечка в сочетании с ретрогенией  
~не знаю  
~недостаточное прибавление веса ребенка  
}

К развитию флюороза зубов приводят: {  
~общие заболевания ребенка  
~заболевания матери в период беременности  
=избыточное содержание фтора в питьевой воде

~пища с избыточным содержанием углеводов  
~недостаточная гигиена полости рта  
}

К местной гипоплазии эмали постоянных зубов приводят: {  
~общие заболевания матери во время беременности  
~общие заболевания ребенка на первом году жизни  
=воспаление от корней молочных зубов и вывих молочного зуба  
~заболевание матери на первом году жизни ребенка  
~искусственное вскармливание ребенка  
}

По наследству передаются: {  
~флюороз  
~гипоплазия  
~налет Пристли  
=синдром Стейтона-Капдепона  
~кариес зубов  
}

Наиболее характерен для флегмоны височной области следующий набор признаков: {  
~отечность верхнего и нижнего век; ограничение движения глазного яблока; высокая температура; снижение слуха с одной стороны; контрактура нижней челюсти  
=сглаженность верхней переходной складки; высокая температура; разлитая отечность в верхней и средней трети бокового отдела лица; небольшое ограничение открывания рта; пальпация за бугром челюсти болезненна  
~разлитой инфильтрат; высокая температура; пальпация болезненна; ограничение открывания рта; боли при жевании  
~осумкованный гнойник под кожей; открывание рта свободно; кожа гиперемирована; пальпация мало болезненна; жевание безболезненно  
~разлитая отечность; резкая гиперемия кожи; болезненно легкое прикосновение; конъюнктив гиперемирована; слезотечение  
}

Признаками, характерными для флегмоны подвисочной и крылонебной ямок, являются: {  
~%333333% острое начало  
~%333333% раннее ограничение открывания рта  
~%333333% боли, отдающие в висок и глаз  
~правильный ответ не представлен  
}

Признаками, характерными для флегмоны подвисочной и крылонебной ямок, являются: {

~%50% асимметрия лица за счет отека мягких тканей скуловой области

~%50% болезненность и ограничение открывания рта

~верно все

~отечность переходной складки за бугром верхней челюсти

~болезненность в области наружной поверхности угла нижней челюсти

}

В условиях стоматологической поликлиники для уточнения диагноза флегмона необходимо провести дополнительно: {

~анализ крови

~%333333% гермометрия

~%333333% ЭОД

~%333333% рентгенография

~остеометрия

}

При установлении диагноза одонтогенной флегмоны подглазничной области следует: {

~удалить причинный зуб и направить на госпитализацию

~удалить причинный зуб и сделать разрез по переходной складке с рассечением надкостницы, после чего госпитализировать больного

~провести рентгенологическое обследование, удалить причинный зуб, назначить антибиотики и наблюдать больного

~направить больного на госпитализацию самостоятельно

=взять наряд на госпитализацию и отправить в стационар в сопровождении медицинского персонала

}

Для флегмоны подглазничной области верен следующий набор анатомической границы: {

~нижнеорбитальный край; боковая граница носа; альвеолярный отросток верхней челюсти; скуловая кость

=нижнеорбитальный край; боковой границы носа; альвеолярный отросток верхней челюсти; бугор верхней челюсти

~нижнеорбитальный край; боковая граница носа; собачья ямка; скулоальвеолярный гребень

}

Наиболее характерен для флегмоны щеки следующий набор признаков: {

=острое начало; высокая температура; разлитой инфильтрат; периодонтитный моляр; флюктуация

~острое начало; субфебрильная температура; флюктуация; обильная саливация

~острое начало; высокая температура; затруднение глотания; флюктуация;  
периодонтитный моляр  
~острое начало; высокая температура; ограниченный инфильтрат;  
периодонтитный премоляр; ограниченное открывание рта  
~заболевание развивается постепенно; высокая температура, ограниченный  
инфильтрат в центре щеки; флюктуация; обильная саливация  
}

При установлении диагноза флегмоны щеки следует: {  
~провести пункцию, удалить гной и ввести антибиотики  
~сделать прокол кожи и выпустить гной  
~вскрыть флегмону широким разрезом через кожу  
=направить в стационар  
~удалить причинный зуб, наложить повязку по методу Дубровина  
}

Наиболее характерен для флегмон корня языка следующий набор признаков: {  
=увеличение размеров языка; ограничение подвижности языка; рот  
полуоткрыт; резкие иррадиирующие боли; затруднено глотание и дыхание  
~острое начало; разрушен моляр; повышение температуры тела; инфильтрат  
между языком и телом нижней челюсти; боли при движении языка  
}

Наиболее характерен для абсцесса челюстно-язычного желобка следующий  
набор признаков: {  
~острое начало; высокая температура; боль в области нижней челюсти;  
гиперемия слизистой подъязычной области в боковом отделе; кариозно  
разрушенный моляр на нижней челюсти  
=острое начало, боли при глотании; затрудненное открывание рта; увеличенные  
болезненные лимфатические узлы подчелюстной области; инфильтрат  
подъязычной области на уровне моляров  
~острое начало, боль при глотании; ограничение открывания рта; передняя  
небная дужка смещена медиально; инфильтрат под углом челюсти  
~высокая температура; небольшое ограничение открывания рта; разлитой  
инфильтрат; снижение слуха с одной стороны; боль при жевании  
}

Антибиотики обладают: {  
~бактерицидным действием  
~бактериостатическим действием  
=и тем , и другим  
}

Наиболее характерен для флегмоны поднижнечелюстной области

следующий набор признаков: {

~острое начало; болезненное глотание; контрактура нижней челюсти; высокая температура, инфильтрат под углом нижней челюсти

~острое начало; сглаженность переходной складки; сухость во рту; разрушенный нижний моляр; боль при жевании

~высокая температура; разлитая отечность в средней и нижней трети бокового отдела лица; инфильтрат в области угла нижней челюсти; ограничение открывания рта до 0,5 см; разрушенный Г8 зуб

=острое начало; высокая температура; глотание слегка болезненно; воспалительная контрактура 1 степени; разрушенный Г7 зуб

~заболевание развивается медленно в течение 5-7 суток; субфебрильная температура; уплотнение и болезненность в поднижнечелюстной области; сухость во рту; болезненность по ходу Варганова протока

}

Для флегмоны подбородочной области наиболее характерно: {

~острое начало; боли при глотании; высокая температура: { обильная саливация

~острое начало; движения языком болезненны; сухость во рту; ограничение открывания рта; разрушен нижний моляр

~заболевание связано с охлаждением, развивается в течение 2-3 суток; субфебрильная температура; открывание рта свободное; сухость во рту, уплотнение и болезненность в подчелюстной области

=острое начало; субфебрильная температура, открывание рта свободное; инфильтрат к низу от подбородка; разрушен первый резец

~острое начало; подъязычный валик гиперемирован; язык приподнят, отечен в переднем отделе; сухость во рту; уплотнение и болезненность в подчелюстной области

}

Наиболее характерен для флегмоны дна полости рта следующий набор

признаков: {

=острое начало; инфильтрат определяется в подъязычной и подчелюстной области; язык и подъязычные валики увеличены; дыхание и глотание затруднено; рот полуоткрыт

~острое начало; инфильтрат в области тела языка; язык отечен и увеличен; глотание болезненно; рот полуоткрыт

~острое начало; ограничение открывания рта; первый нижний моляр разрушен; инфильтрат между языком и телом нижней челюсти; боли при движении языком

}

Наиболее характерен для флегмоны крыловидно-челюстного пространства следующий набор признаков: {

~острое начало; разлитой инфильтрат в околоушно-жевательной области; контрактура височно-нижнечелюстного сустава; болезненность при глотании; увеличение подчелюстных лимфатических узлов

~острое начало; боли при глотании; рот открывается на 3 см; передняя небная дужка смещена медиально; увеличение подчелюстных лимфатических узлов

~острое начало, высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; передняя небная дужка смещена медиально; боли при глотании

~острое начало; боли при глотании; высокая температура; гиперемия зева; увеличены и болезненны подчелюстные лимфатические узлы

=острое начало; высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; боли при жевании  
}

Для флегмоны окологлоточного пространства характерен следующий набор признаков: {

~острое начало; боли при глотании; высокая температура; гиперемия зева, увеличенные и болезненные подчелюстные лимфатические узлы

~острое начало; боли при глотании; рот открывается на 3 см; передняя небная дужка смещена медиально, гиперемирована; увеличенные подчелюстные лимфатические узлы

~заболевание связано с охлаждением, развивается в течение 2-3х суток; уплотнение и болезненность в подчелюстной области; субфебрильная температура; открывание рта свободное; сухость во рту

=острое начало, высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; передняя небная дужка смещена медиально; боли при глотании

~острое начало; движение языком болезненно; разрушен верхний моляр гиперемии зева; сухость во рту  
}

При одонтогенном гайморите необходимо удаление «причинного» зуба: {

=да

~нет

Для острого одонтогенного гайморита характерен следующий набор признаков: {

~боль в области кариозно разрушенного зуба; повышение температуры тела; наличие свищевого хода на альвеолярном отростке; гиперемия кожных покровов лица; утолщение стенок верхней челюсти

~поднадкостничный абсцесс, субфебрильная температура тела; синюшность кожных покровов; боль при приеме пищи; обильное слюновыделение  
=острое начало в виде озноба, разбитости, повышения температуры тела; болезненный при перкуссии периодонтитный зуб; односторонний насморк с выделением слизисто-гнойного содержимого; на рентгенограмме завулирована или затемнена гайморова пазуха; светобоязнь и слезотечение на больной стороне

~наличие плотного малоболезненного инфильтрата в области щеки; наличие сообщения полости рта с носовой полостью; перестезия по ходу 2 ветви тройничного нерва; ограничение открывания рта; изменение количества гнойных выделений из носового хода при различных положениях головы

~наличие в анамнезе данных за острый воспалительный процесс в гайморовой пазухе; наличие гноя у переднего конца средней носовой раковины при риноскопии; припухлость околочелюстных мягких тканей; субфебрильная температура тела; двустороннее затемнение пазух при диафаноскопии и рентгенографии

}

Для установления диагноза «острый одонтогенный гайморит» обязательными являются следующие исследования

~анализ крови на СОЭ и лейкоцитоз: {

~диафаноскопия

~%333333% рентгенография

~%333333% электродонтодиагностика зубов

~%333333% эндоназальные исследования

}

Для острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти характерно: {

~гиперемия кожных покровов в области проекции тела нижней челюсти

=ограничение открывания рта

~повышение температуры тела

~локальная боль в области кариозно разрушенного зуба

~снижение слуха

}

Для установления диагноза «острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти» обязательны следующие исследования

~%50% анализ крови на СОЭ и лейкоцитоз: {

~анализ мочи

~определение С-реактивного белка

~%50% ЭОД

=измерение температуры тела

}

Наиболее характерен для хронического одонтогенного остеомиелита верхней челюсти следующий набор признаков: {

~гиперемия кожных покровов; отек мягких тканей подглазничной области и век; воспалительная контрактура; резкая боль при пальпации альвеолярного отростка; повышение температуры

~припухлость мягких тканей подглазничной области; ощущение тяжести в области верхней челюсти на стороне поражения; постоянная тупая боль в зубах на стороне поражения; головная боль, быстрая утомляемость; затемнение верхнечелюстного синуса по данным рентгенографии

=припухлость мягких тканей подглазничной и щечной областей; утолщение альвеолярного отростка верхней челюсти; наличие свищевого хода; изменение чувствительности зубов на стороне поражения по данным ЭОД; субфебрильная температура

~инфильтрат подглазничной области; повышение температуры; резкая боль при приеме пищи; наличие кариозно разрушенных зубов; сглаженность и гиперемия переходной складки

~приступообразная боль в области альвеолярного отростка верхней челюсти; слезотечение, выделение из носа и сосудистая реакция кожных покровов на стороне поражения в момент приступа боли; болезненность при пальпации точек Вале на стороне поражения; затрудненный прием пищи

}

Для гематогенного остеомиелита характерно: {

~постоянное нарастание температуры; умеренная СОЭ; язвенно-некротические налеты на слизистой полости рта; лимфаденит; резкая болезненность слизистой полости рта

~субфебрильная температура; резкая гиперемия лица; пальпация кожных покровов лица болезненна; лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов; кожные покровы лица в складку не собираются

~в анамнезе перенесенный в тяжелой форме грипп; высокая температура: { СОЭ – 30 ммртст; резкая слабость; боли рвущего характера в одной из половин верхней челюсти

=высокая температура; резкая слабость; отек и гиперемия переходной складки верхней челюсти; зубы верхней челюсти интактны; СОЭ – 30 ммртст

~высокая температура; СОЭ – 30 ммртст; резкая слабость; головные боли постоянного характера с тенденцией к нарастанию; положительный симптом Кернига

}

Для остеомиелита костей носа характерно: {

~отек корня носа, нижних век, с распространением отека на верхнее веко; резкая болезненность при пальпации; обильная ринорея; отсутствие носового дыхания; гнойное отделяемое из носа



~сукровичное отделяемое из носа; дыхание через одну половину носа; боли при пальпации носа; резкие головные боли; гиперемия и отек корня лба и корня носа

=резкий подъем температуры; затрудненное дыхание носом; в анамнезе фурункул кожи корня носа; резкая болезненность при пальпации; суковичное отделяемое из носовых ходов

~высокая температура; дышит только через рот; отек мягких тканей в области корня носа и век; в анамнезе травма носа; серозное отделяемое из носовых ходов

~температура субфебрильная; боли локализуются в области кожи лба и корня носа; дыхание только через одну половину носа; гнойное течение из одного носового хода; отек мягких тканей корня носа

}

Наиболее характерен для рожистого воспаления лица следующий набор признаков: {

~вялое начало (проявление красноты на коже лица; субфебрильная температура; повышенная потливость; резкая слабость; адинамия

=острое начало, высокая температура тела (до 39 град); однократная рвота; появление характерной красноты на коже лица в виде «бабочки»; быстрое распространение красноты на лице в виде языком пламени

~острое начало, температура; незначительное покраснение кожи лица; инфильтрация и отек кожи лица и клетчатки; болезненность при пальпации в центре; флюктуация

}

Чаще всего актиномикоз развивается: {

~в области конечностей

~в паренхиматозных органах

=в челюстно-лицевой области и шее

~в брюшной области

~в тканях головного мозга

}

Путь распространения лучистого грибка в организме человека при актиномикозе: {

~контактный

~лимфогенный

~гематогенный

=все вышеперечисленные

}

Для гистологической картины актиномикоза характерны: {

~эпителиальные клетки

~цилиндрический эпителий  
=ксантомные клетки  
~многослойный плоский эпителий  
~лимфоциты и моноциты  
}

Для постановки диагноза актиномикоз необходимо провести: {

~общий анализ крови  
~анализ мочи  
=кожно-аллергическая реакция  
~серологическая реакция  
~все вышеперечисленные исследования можно использовать для диагностики актиномикоза  
}

Наиболее характерен для туберкулезного поражения следующий набор признаков: {

=вялое начало заболевания; отсутствие болевого синдрома; хронический лимфаденит; лимфатические узлы спаяны в пакеты; наличие свища со скудным зеленоватым отделяемым с творожистым комочками  
~острое начало заболевания; в полости рта гангренозный зуб; накануне зуб болел в подчелюстной области пальпируется плотный болезненный инфильтрат; температура 38,5 градуса Цельсия  
~медленное развитие воспалительного процесса; отсутствие причинного зуба; кожа плотно спаяна с инфильтратом в околоушно-жевательной области; хронический лимфаденит; в центре инфильтрата пальпируется размягчение  
~медленное развитие воспалительного процесса; в полости рта гангренозный зуб; лимфаденит поднижнечелюстных лимфатических узлов; из свищевого хода выбухает грануляционная ткань, свищ ведет в ткань щеки; от причинного зуба к инфильтрату тянется плотный тяж под слизистой оболочкой переходной складки  
~над слизистой оболочке щеки имеются небольшие инфильтраты и бугорки; в двух местах на слизистой щеки имеются болезненные афты с подрывными краями и желтоватым дном; процесс развивается медленно; лимфаденит и лимфангоит в подчелюстной области; температура субфебрильная  
}

Наименее характерным признаком для туберкулезного поражения альвеолярного отростка нижней челюсти является: {

~медленное развитие заболевания  
~хронический лимфаденит подчелюстной области  
~болезненная пальпация подчелюстных узлов  
=субфебрильная температура

~рентгенологически определяется лишенный структуры участок кости с четкими границами, корни зубов раздвинуты  
}

В целях асептики важно: {

=создать температурные условия (100 С )

~знать характеристику химического агента

~знать характеристику микроорганизма

~знать факторы, влияющие на взаимодействие химического агента и микроорганизма

}

Самой надежной стерилизацией инструментов, несмотря на всякие новшества, является: {

=автоклав

~кипячение

~сухой пар

~дезинфекция детергентами

}

Основным недостатком автоклавирования инструментов является: {

~не уничтожает споры

~недостаточная очистка инструментов

=повреждение инструментов, особенно режущих

~затрата времени

}

Полное отсутствие микроорганизмов обеспечивается: {

~антисептикой

=асептикой

~бактериостатикой

~дезинфекцией

}

Для всех бактерий абсолютно необходимо: {

~чистый кислород

~температура 36,6 С

=двуокись углерода

~затемнение

}

Наиболее надежно избавляет от бактерий: {

~замораживание

=стерилизация

~дезинфекция

}

Наиболее устойчивы к кипячению при 100 С в течении 10 мин: {

~туберкулезные бациллы

~протей

=вирус гепатита

~стафилококк

~гонококк

}

В гнойных выделениях не содержится: {

~лейкоциты

~бактерии

=полисахариды

~лимфа

}

Самым первым барьером, защищающим тело человека от инфекции, является: {

~кислота желудочно-кишечного тракта

=кожа

~лимфатическая система

~антитела

}

Назовите наиболее действенные способы лечения фиброзной формы

гипертрофического гингивита: {

~апликация противовоспалительных препаратов и ферментов

~введение антибиотиков

~проведение склерозирующей терапии

=электрокоагуляция, криохирургия, некротизация десневых сосочков

~введение биологически активных веществ

}

Укажите правильную последовательность этапов кюретажа: {

=обезболивание, удаление поддесневых зубных отложений, удаление размягченного цемента с поверхности корня, удаление грануляций, дезэпителизация лоскута, наложение повязки

~удаление над- и поддесневых зубных отложений, скабливание грануляционной ткани, промывание кармана антисептиками

~удаление зубных отложений, размягченного цемента корня, выскабливание грануляций, промывание карманов, введение в карманы противовоспалительных препаратов

~удаление отложений, введение в десневой карман антибиотиков

~удаление только наддесневых зубных отложений

}

Показаниями к кюретажу являются: {

~наличие карманов глубиной до 6мм

=наличие карманов глубиной до 4мм, плотной десны, отсутствие костных карманов

~глубина десневых карманов, когда возможен визуальный контроль и имеются костные карманы

~глубина десневых карманов до 6 мм и наличие десневых абсцессов

~не имеет значение

}

Преимущество электрохирургического метода лечения перед

обычным хирургическим: {

~нет необходимости проводить обезболивание

=бескровность операции

- ~отсутствие послеоперационных болей
- ~бактерицидное действие высокочастотного тока
- ~простота техники

}

Показания для проведения лоскутных операций при лечении

болезней пародонта: {

- ~гингивиты
- ~пародонтоз
- ~пародонтит легкой и средней степени тяжести
- =пародонтит средней и тяжелой степени при глубине десневых карманов более 6 – 7 мм
- ~пародонтит тяжелой степени при подвижности зубов 3 степени

}

Нормальная частота пульса взрослого человека в пределах: {

- ~40 – 80 ударов в минуту
- =60 – 100 ударов в минуту
- ~80 – 120 ударов в минуту
- ~90 – 130 ударов в минуту
- ~100 – 140 ударов в минуту

}

Свой большой палец лучше не использовать для подсчета

пульса у пациента Основной причиной этого является: {

- ~очень широкая поверхность пальца
- ~высокая степень ороговения кожи
- =в ткани пальца проходит собственная пульсирующая артерия, что может привести к ошибке подсчета
- ~в ткани пальца нет пульсирующей артерии
- ~физическое неудобство подсчета пульса с помощью пальца

}

Частота дыхания в минуту взрослого человека находится в пределах: {

- ~10 – 14
- =14 – 20
- ~16 – 24
- ~24 – 28
- ~26 – 50

}

При обследовании пациента обязательно пальпируется: {

бимануально следующая область

- ~преддверие полости рта
- ~слизистая оболочка щеки
- ~контуры губ
- ~уздечка языка
- =дно полости рта

}

В подготовке пациентов к стоматологическому вмешательству

под наркозом является обязательным: {

~определение характера стоматологического заболевания и объем вмешательства  
~определение показаний к проведению наркоза  
~обследование пациента  
~консультация анестезиолога  
=все перечисленное выше  
}

Пульсовое давление при выраженном сосудистом коллапсе: {  
=увеличивается, уменьшается  
~остается неизменным  
~уменьшается, а затем увеличивается  
~вариабельно  
~увеличено  
}

Новокаин обладает следующим свойством: {  
~антигистаминным  
=местным анестетиком  
~противозудным  
~ингибитором моноаминоксидаз  
~противошоковым  
}

Из местных анестетиков обладает наибольшей длительностью: {  
действия  
~тримекаин  
~новокаин  
~лидокаин  
~маркаин  
=азакаин  
}

Норадреналин вызывает: {  
~спазм артерий и расширение вен  
~расширение артерий и спазм вен  
~расширение артерий и вен  
~спазм артерий и вен  
=расширение артерий определенных областей  
}

Наиболее часто встречающимся осложнением при проведении общей анестезии является: {  
~угнетение дыхания  
=нарушение проходимости дыхательных путей  
~нарушение сердечного ритма  
~тахикардия  
~цианоз  
}

Первым признаком шока является: {

- ~снижение центрального венозного давления
  - ~снижение сердечного выброса
  - =снижение артериального давления
  - ~повышение артериального давления
  - ~увеличение венозного возврата
- }

Для рентгенологического обследования костей челюстно-лицевой области используются: {

- ~рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях
  - ~аксиальные и полуаксиальные рентгенограммы
  - ~обследование нижней челюсти
  - ~обследование височно-нижнечелюстного сустава
  - ~обследование твердого неба
  - ~обследование гайморовой пазухи
  - ~обследование дна полости рта
  - =все перечисленное выше
- }

При обследовании каких органов челюстно-лицевой области используется томография: {

- ~%50% височно-нижнечелюстном суставе
  - ~%50% придаточных пазух носа
  - ~спонных желез
  - ~нижней челюсти
  - ~кости носа
  - ~подвисочных и крылонебных ямок
- }

Следующая рентгенологическая методика позволяет тщательно изучить те отделы черепа, которые из-за особенностей геометрической формы не могут быть сняты в различных проекциях: {

- ~электрорентгенография
  - =ортопантомография
  - ~рентгенокинематография
  - ~панорамная рентгенография
- }

Методика удаления зубов заключается: {

- ~в отделении слизистой десны от шейки зуба, наложении щипцов на зуб под углом 30-40 град к его оси
  - ~в удалении моляров или премоляров прямыми щипцами
  - =в отделении слизистой десны от шейки зуба, наложении щипцов параллельно оси зуба, тракции, экстракции
  - ~в наложении щипцов на коронку зуба, без отделения слизистой десны
  - ~в иссечении десневого края, тракции, экстракции
- }

Положение хирурга и больного при удалении зубов: {

- ~врач располагается слева от больного, больной в полулежащем положении

=врач располагается справа от больного; при удалении моляров  
и премоляров нижней челюсти справа врач располагается в полулежащем положении  
~больной в лежащем положении  
~больной на операционном столе  
~больной сидит в кресле, врач сидит справа от него  
}

При атипичном расположении зуба (дистопия, ретенция) для его удаления применяется: {  
~удаление с помощью щипцов  
=удаление с помощью бормашины  
~удаление с помощью элеватора и молотка  
~удаление с помощью бормашины, долота и элеватора  
~удаление с помощью элеватора  
}

Хирургическая обработка раны после удаления зуба заключается: {  
~в удалении мелких осколков из лунки, тугая тампонада  
~в ушивании лунки  
~в выскабливании альвеолы и удалении кровяного сгустка  
~в промывании лунки раствором антисептика  
=убедиться, все ли корни удалены, в извлечении мелких осколков,  
сдавлении краев лунки  
}

Альвеолэктомия проводится: {  
~для лучшего заживления послеоперационной раны  
~для улучшения кровотока  
~для профилактики альвеолита  
~для уменьшения боли  
=с целью подготовки для протезирования  
}

Гемисекция - это: {  
~удаление коронковой части зуба с одномоментным пломбированием каналов  
~удаление зуба с последующим установлением на прежнее место  
после его предварительной обработки  
~резекция корня  
=расчленение зуба вместе с корнем и удаление пораженной части  
~частичная резекция корня и коронки зуба  
}

Оптимальные сроки заживления костной раны после удаления зубов: {  
~12-14 дней  
~1 месяц  
~7-10 дней  
~1 год  
=3-4 месяца



}

К симптомам обморока, возникшего во время удаления зуба, относятся: {

~бледность кожных покровов, синюшность лица, сухой язык,  
спадение век, учащение дыхания, частичный пульс,  
снижение артериального давления  
=кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение,  
звон в ушах, тошнота, резкое побледнение кожных покровов  
~двигательное и речевое возбуждение, резкая бледность кожи,  
расширение зрачков, дыхание поверхностное  
~потеря сознания, вегетативные симптомы, тонические судороги,  
прикусывания языка, самопроизвольное мочеиспускание,  
галлюцинаторные феномены  
~повышение артериального давления, головокружение, общая  
слабость, двоение в глазах

}

Признаками коллапса являются: {

=двигательное и речевое возбуждение, запавшие неподвижные глаза,  
расширенные зрачки, резкая бледность, поверхностное дыхание,  
резкое падение артериального давления  
~бледность кожных покровов, синюшность лица, сухой язык,  
учащение дыхания, частый пульс, умеренное падение артериального  
давления  
~кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение,  
звон в ушах, резкое побледнение кожи, тошнота, иногда рвота  
~повышение артериального давления, частый пульс, общая слабость,  
двоение в глазах  
~потеря сознания, вегетативные симптомы, судороги, прикусывание  
языка, самопроизвольное мочеиспускание, галлюцинаторные феномены

}

К наиболее частым причинам кровотечения после удаления зубов относятся: {

~повреждение сосудов  
~%50% гипертоническая болезнь, системные заболевания крови  
~перелом коронки зуба  
~%50% травматическое удаление зубов

}

К признакам альвеолита относятся: {

~воспаление мягких тканей в области лунки  
~кратковременная боль без признаков воспаления  
=боли постоянного характера, воспаление мягких тканей  
в области лунки удаленного зуба, зловонный запах изо рта  
~наличие в лунке мелких секвестров  
~«сухая» лунка

}

Рентгенологические признаки остеомиелита лунки: {

- ~остеопороз костных стенок лунки
- ~остеосклероз костных стенок лунки
- ~сочетание остеопороза и остеосклероза
- ~без изменений
- =наличие секвестров в челюсти

}

К методам лечения альвеолита относятся: {

- ~кюретаж лунки
- =кюретаж лунки, промывание антисептиками и рыхлая тампонада
- ~тугая тампонада лунки
- ~промывание лунки антисептиками и тампонада
- ~физиотерапия

}

Наиболее частой локализацией перелома нижней челюсти при

травматичном удалении зуба является: {

- =альвеолярный отросток
- ~тело челюсти
- ~мышечковый отросток
- =угол нижней челюсти

}

К признакам повреждения дна гайморовой пазухи относятся: {

- ~обильное кровотечение из лунки
- ~выраженный болевой синдром
- ~бессимптомно
- =обильное кровотечение из лунки, прохождение воздуха из носа в полости рта, кровотечение из носа
- ~кровотечение из носа

}

Тактика при попадании корня в гайморовую пазуху: {

- ~лечение не проводить
- ~пластика соустья местными тканями без удаления корня
- =радикальная гайморотомия, ревизия гайморовой пазухи с пластикой соустья в условиях стационара
- ~гайморотомия в поликлинике
- ~удаление корня через лунку

}

Первая помощь при вывихе нижней челюсти во время удаления зуба: {

- ~наложение пращевидной повязки
- =вправление вывиха, наложение пращевидной повязки
- ~вправление вывиха

~обезболивание, наложение пращевидной повязки  
~направить больного в стационар  
}

Реплантация зубов - это: {

~введение в кость имплантата  
~пересадка одного зуба в лунку другого  
~увеличение высоты альвеолярного отростка  
~изменение положения дистопированного зуба  
=удаление зуба, его обработка, пломбирование,  
введение в лунку и фиксация  
}

К показаниям к общему обезболиванию при удалении зуба относятся: {

~беременность  
=непереносимость местных анестетиков  
~настоятельная просьба больного  
~зуб в линии перелома челюсти  
~обширный инфаркт миокарда  
}

При удалении моляров на верхней челюсти необходима: {

~инфильтрационная анестезия  
~небная проводниковая анестезия  
~резцовая=инфильтрационная анестезия  
~туберальная анестезия  
=туберальная, небная, инфильтрационная анестезия  
}

Признаками характерными для флегмоны височной области, являются: {

=перечисленные ниже признаки б, в, г  
~равномерная отечность с переходом на веки  
~болезненность при надавливании на височную мышцу  
~ограничение открывания рта  
~правильный ответ не представлен  
}

Наиболее характерен для флегмоны височной области следующий набор признаков: {

~отечность верхнего и нижнего век; ограничение движения глазного яблока; высокая температура; снижение слуха с одной стороны; контрактура нижней челюсти  
=сглаженность верхней переходной складки; высокая температура; разлитая отечность в верхней и средней трети бокового отдела лица; небольшое ограничение открывания рта; пальпация за бугром челюсти болезненна  
~разлитой инфильтрат; высокая температура; пальпация болезненна; ограничение открывания рта; боли при жевании

~осумкованный гнойник под кожей; открывание рта свободно; кожа гиперемирована; пальпация мало болезненна; жевание безболезненно  
~разлитая отечность; резкая гиперемия кожи; болезненно легкое прикосновение; конъюнктивита гиперемирована; слезотечение  
}

Признаками, характерными для флегмоны подвисочной и крылонебной ямок, являются  
~%333333%острое начало  
~%333333%раннее ограничение открывания рта  
~%333333%боли, отдающие в висок и глаз  
~правильный ответ не представлен  
}

Признаками, характерными для флегмоны подвисочной и крылонебной ямок, являются: {  
~%50%асимметрия лица за счет отечности мягких тканей скуловой области  
~%50%болезненность и ограничение открывания рта  
~отечность переходной складки за бугром верхней челюсти  
~болезненность в области наружной поверхности угла нижней челюсти  
}

В условиях стоматологической поликлиники для уточнения диагноза флегмона необходимо провести дополнительно: {  
~анализ крови  
~%333333%гермометрия  
~%333333%ЭОД  
~%333333%рентгенография  
}

При установлении диагноза одонтогенной флегмоны подглазничной области следует: {  
~удалить причинный зуб и направить на госпитализацию  
~удалить причинный зуб и сделать разрез по переходной складке с рассечением надкостницы, после чего госпитализировать больного  
~провести рентгенологическое обследование, удалить причинный зуб, назначить антибиотики и наблюдать больного  
~направить больного на госпитализацию самостоятельно  
=взять наряд на госпитализацию и отправить в стационар в сопровождении медицинского персонала  
}

Для флегмоны подглазничной области верен следующий набор анатомической границы: {  
~нижнеорбитальный край; боковая граница носа; альвеолярный отросток верхней челюсти; скуловая кость  
=нижнеорбитальный край; боковой границы носа; альвеолярный отросток

верхней челюсти; бугор верхней челюсти  
~нижнеорбитальный край; боковая граница носа; собачья ямка;  
скулоальвеолярный гребень  
}

Наиболее характерен для флегмоны щеки следующий набор признаков: {  
=острое начало; высокая температура; разлитой инфильтрат; периодонтитный  
моляр; флюктуация  
~острое начало; субфебрильная температура; флюктуация; обильная саливация  
~острое начало; высокая температура; затруднение глотания; флюктуация;  
периодонтитный моляр  
~острое начало; высокая температура; ограниченный инфильтрат;  
периодонтитный премоляр; ограниченное открывание рта  
~заболевание развивается постепенно; высокая температура, ограниченный  
инфильтрат в центре щеки; флюктуация; обильная саливация  
}

При установлении диагноза флегмоны щеки следует: {  
~провести пункцию, удалить гной и ввести антибиотики  
~сделать прокол кожи и выпустить гной  
~вскрыть флегмону широким разрезом через кожу  
=направить в стационар  
~удалить причинный зуб, наложить повязку по методу Дубровина  
}

Наиболее характерен для флегмон корня языка следующий набор признаков: {  
=увеличение размеров языка; ограничение подвижности языка; рот полуоткрыт;  
резкие иррадирующие боли; затруднено глотание и дыхание  
~острое начало; разрушен моляр; повышение температуры тела;  
инфильтрат между языком и телом нижней челюсти; боли при движении  
языком  
}

Наиболее характерен для абсцесса челюстно-язычного желобка следующий  
набор признаков: {  
~острое начало; высокая температура; боль в области нижней челюсти;  
гиперемия слизистой подъязычной области в боковом отделе; кариозно  
разрушенный моляр на нижней челюсти  
=острое начало, боли при глотании; затрудненное открывание рта; увеличенные  
болезненные лимфатические узлы подчелюстной области; инфильтрат  
подъязычной области на уровне моляров  
~острое начало, боль при глотании; ограничение открывания рта; передняя  
небная дужка смещена медиально; инфильтрат под углом челюсти  
~высокая температура; небольшое ограничение открывания рта; разлитой  
инфильтрат; снижение слуха с одной стороны; боль при жевании  
}

Антибиотики обладают: {

~бактерицидным действием

~бактериостатическим действием

=и тем , и другим

}

Наиболее характерен для флегмоны поднижнечелюстной области

следующий набор признаков: {

~острое начало; болезненное глотание; контрактура нижней челюсти;

высокая температура, инфильтрат под углом нижней челюсти

~острое начало; сглаженность переходной складки; сухость во рту;

разрушенный нижний моляр; боль при жевании

~высокая температура; разлитая отечность в средней и нижней трети

бокового отдела лица; инфильтрат в области угла нижней челюсти;

ограничение открывания рта до 0,5 см; разрушенный Г8 зуб

=острое начало; высокая температура; глотание слегка болезненно;

воспалительная контрактура 1 степени; разрушенный Г7 зуб

~заболевание развивается медленно в течение 5-7 суток; субфебрильная

температура; уплотнение и болезненность в поднижнечелюстной области;

сухость во рту ; болезненность по ходу Варганова протока

}

Для флегмоны подбородочной области наиболее характерно: {

~острое начало; боли при глотании; высокая температура: { обильная  
саливация

~острое начало; движения языком болезненны; сухость во рту;

ограничение открывания рта; разрушен нижний моляр

~заболевание связано с охлаждением, развивается в течение 2-3 суток;

субфебрильная температура; открывание рта свободное; сухость во рту,

уплотнение и болезненность в подчелюстной области

=острое начало; субфебрильная температура, открывание рта свободное;

инфильтрат к низу от подбородка; разрушен первый резец

~острое начало; подъязычный валик гиперемирован; язык приподнят,

отечен в переднем отделе; сухость во рту; уплотнение и болезненность

в подчелюстной области

}

Наиболее характерен для флегмоны дна полости рта следующий набор

признаков: {

=острое начало; инфильтрат определяется в подъязычной и подчелюстной

области; язык и подъязычные валики увеличены; дыхание и глотание

затруднено; рот полуоткрыт

~острое начало; инфильтрат в области тела языка; язык отечен и

увеличен; глотание болезненно; рот полуоткрыт

~острое начало; ограничение открывание рта; первый нижний

моляр разрушен; инфильтрат между языком и телом нижней

челюсти; боли при движении языком

}

Наиболее характерен для флегмоны крыловидно-челюстного пространства следующий набор признаков: {

~острое начало; разлитой инфильтрат в околоушно-жевательной области; контрактура височно-нижнечелюстного сустава; болезненность при глотании; увеличение подчелюстных лимфатических узлов

~острое начало; боли при глотании; рот открывается на 3 см; передняя небная дужка смещена медиально; увеличение подчелюстных лимфатических узлов

~острое начало, высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; передняя небная дужка смещена медиально; боли при глотании

~острое начало; боли при глотании; высокая температура; гиперемия зева; увеличены и болезненны подчелюстные лимфатические узлы

=острое начало; высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; боли при жевании

}

Для флегмоны окологлоточного пространства характерен следующий набор признаков: {

~острое начало; боли при глотании; высокая температура; гиперемия зева, увеличенные и болезненные подчелюстные лимфатические узлы

~острое начало; боли при глотании; рот открывается на 3 см; передняя небная дужка смещена медиально, гиперемирована; увеличенные подчелюстные лимфатические узлы

~заболевание связано с охлаждением, развивается в течение 2-3х суток; уплотнение и болезненность в подчелюстной области; субфебрильная температура; открывание рта свободное; сухость во рту

=острое начало, высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; передняя небная дужка смещена медиально; боли при глотании

~острое начало; движение языком болезненно; разрушен верхний моляр гиперемии зева; сухость во рту

}

Вам удалось открыть рот на 1,5 см: {

обнаружили отечную гиперемированную слизистую оболочку в области крыловидно-челюстной складки и передней небной дужки

Детальный осмотр невозможен Тактика врача в данном случае: {

~удалить зуб, выдать больничный лист, назначить противовоспалительное лечение

=направить больного на госпитализацию

~провести наркоз, раскрыть под наркозом рот, удалить зуб, делать разрез над инфильтратом во рту

~удалить зуб, назначить согревающий компресс  
~зуб не удаляется, вводятся антибиотики в переходную складку,  
сульфаниламиды, нитрофураны и пенициллин 250000 4 раза в день  
}

При одонтогенном гайморите необходимо удаление «причинного» зуба: {  
=да  
~нет  
}

Для острого одонтогенного гайморита характерен следующий набор признаков: {  
~боль в области кариозно разрушенного зуба; повышение температуры тела; наличие свищевого хода на альвеолярном отростке; гиперемия кожных покровов лица; утолщение стенок верхней челюсти  
~поднадкостничный абсцесс, субфебрильная температура тела; синюшность кожных покровов; боль при приеме пищи; обильное слюновыделение  
=острое начало в виде озноба, разбитости, повышения температуры тела; болезненный при перкуссии периодонтитный зуб; односторонний насморк с выделением слизисто-гнойного содержимого; на рентгенограмме завулирована или затемнена гайморова пазуха; светобоязнь и слезотечение на больной стороне  
~наличие плотного малоблезненного инфильтрата в области щеки; наличие сообщения полости рта с носовой полостью; перестезия по ходу 2 ветви тройничного нерва; ограничение открывания рта; изменение количества гнойных выделений из носового хода при различных положениях головы  
~наличие в анамнезе данных за острый воспалительный процесс в гайморовой пазухе; наличие гноя у переднего конца средней носовой раковины при риноскопии; припухлость околочелюстных мягких тканей; субфебрильная температура тела; двустороннее затемнение пазух при диафаноскопии и рентгенографии  
}

Для установления диагноза «острый одонтогенный гайморит» обязательными являются следующие исследования: {  
~анализ крови на СОЭ и лейкоцитоз  
~диафаноскопия  
~%333333%рентгенография  
~%333333%электродонтодиагностика зубов  
~%333333%эндоназальные исследования  
}

Для острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти характерно: {



~гиперемия кожных покровов в области проекции тела  
нижней челюсти  
=ограничение открывания рта  
~повышение температуры тела  
~локальная боль в области кариозно разрушенного зуба  
~снижение слуха  
}

Для установления диагноза « острый одонтогенный остеомиелит нижней  
челюсти» обязательны следующие исследования: {  
~%333333%анализ крови на СОЭ и лейкоцитоз  
~анализ мочи  
~определение С-реактивного белка  
~%333333%ЭОД  
~%333333%измерение температуры тела  
}

Наиболее характерен для хронического одонтогенного остеомиелита  
верхней челюсти следующий набор признаков: {  
~гиперемия кожных покровов; отек мягких тканей подглазничной  
области и век; воспалительная контрактура; резкая боль при  
пальпации альвеолярного отростка; повышение температуры  
~припухлость мягких тканей подглазничной области; ощущение  
тяжести в области верхней челюсти на стороне поражения;  
постоянная тупая боль в зубах на стороне поражения; головная  
боль, быстрая утомляемость; затемнение верхнечелюстного синуса  
по данным рентгенографии  
=припухлость мягких тканей подглазничной и щечной областей;  
утолщение альвеолярного отростка верхней челюсти; наличие  
свищевого хода; изменение чувствительности зубов на стороне  
поражения по данным ЭОД; субфебрильная температура  
~инфильтрат подглазничной области; повышение температуры;  
резкая боль при приеме пищи; наличие кариозно разрушенных  
зубов; сглаженность и гиперемия переходной складки  
~приступообразная боль в области альвеолярного отростка  
верхней челюсти; слезотечение, выделение из носа и сосудистая  
реакция кожных покровов на стороне поражения в момент приступа  
боли; болезненность при пальпации точек Вале на стороне поражения;  
затрудненный прием пищи  
}

Для гематогенного остеомиелита характерно: {  
~постоянное нарастание температуры; умеренная СОЭ;  
язвенно-некротические налеты на слизистой полости рта; лимфаденит;  
резкая болезненность слизистой полости рта  
~субфебрильная температура; резкая гиперемия лица; пальпация кожных  
покровов лица болезненна; лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов;

кожные покровы лица в складку не собираются  
~в анамнезе перенесенный в тяжелой форме грипп; высокая температуры: { СОЭ – 30ммртст; резкая слабость; боли рвущего характера в одной из половин верхней челюсти  
=высокая температура; резкая слабость; отек и гиперемия переходной складки верхней челюсти; зубы верхней челюсти интактные;  
СОЭ – 30 ммртст  
~высокая температуры; СОЭ – 30 ммртст; резкая слабость; головные боли постоянного характера с тенденцией к нарастанию;  
положительный симптом Кернига  
}

Для остеомиелита костей носа характерно: {  
~отек корня носа, нижних век, с распространением отека на верхнее веко; резкая болезненность при пальпации; обильная ринорея; отсутствие носового дыхания; гнойное отделяемое из носа  
~сукровичное отделяемое из носа; дыхание через одну половину носа; боли при пальпации носа; резкие головные боли; гиперемия и отек корня лба и корня носа  
=резкий подъем температуры; затрудненное дыхание носом; в анамнезе фурункул кожи корня носа; резкая болезненность при пальпации; суковичное отделяемое из носовых ходов  
~высокая температура; дышит только через рот; отек мягких тканей в области корня носа и век; в анамнезе травма носа; серозное отделяемое из носовых ходов  
~температура субфебрильная; боли локализуются в области кожи лба и корня носа; дыхание только через одну половину носа; гноетечение из одного носового хода; отек мягких тканей корня носа  
}

Наиболее характерен для рожистого воспаления лица следующий набор признаков: {  
~вялое начало (проявление красноты на коже лиц~; субфебрильная температура; повышенная потливость; резкая слабость; адинамия  
=острое начало, высокая температура тела (до 39 гра~; однократная рвота; появление характерной красноты на коже лица в виде «бабочки»; быстрое распространение красноты на лице в виде языком пламени  
~острое начало, температура; незначительное покраснение кожи лица; инфильтрация и отек кожи лица и клетчатки; болезненность при пальпации в центре; флюктуация  
}

Чаще всего актиномикоз развивается: {  
~в области конечностей

~в паренхиматозных органах  
=в челюстно-лицевой области и шее  
~в брюшной области  
~в тканях головного мозга  
}

Путь распространения лучистого грибка в организме человека при актиномикозе: {  
~контактный  
~лимфогенный  
~гематогенный  
=все вышеперечисленные  
}

Для гистологической картины актиномикоза характерны: {  
~эпителиальные клетки  
~цилиндрический эпителий  
=ксантомные клетки  
~многослойный плоский эпителий  
~лимфоциты и моноциты  
}

Для постановки диагноза актиномикоз необходимо провести: {  
~общий анализ крови  
~анализ мочи  
=кожно-аллергическая реакция  
~серологическая реакция  
~все вышеперечисленные исследования можно использовать для диагностики актиномикоза  
}

Для послеоперационного и постинфекционного сиалоаденита характерно: {  
=заболевание развивается медленно; субфебрильная температура; уплотнение и болезненность в области околоушной слюнной железы; сухость во рту; болезненность по ходу выводного протока околоушной слюнной железы  
~быстрое начало; болезненное глотание; контрактура нижней челюсти; высокая температура; инфильтрат за углом нижней челюсти  
~небольшая давность заболевания; припухание слюнной железы; боли во время еды; высокая температура; гнойное отделяемое от протока  
~острое начало; высокая температура; глотание слегка болезненно; воспалительная контрактура; разрушенный нижний второй моляр  
}

При послеоперационном и постинфекционном сиалоадените показано следующее лечение: {  
~%333333%диета, повышающая саливацию  
~%333333%комплекс мероприятий  
~%333333%антибиотики  
~компресс  
}

Признаками, характерными для острого вирусного сиалоаденита, являются: {  
~%333333%асимметрия лица за счет припухлости в области околоушных желез, нижнечелюстных слюнных желез  
~%333333%сухость во рту  
~%333333%высокая температура  
~открывание рта свободное  
}

При диагнозе острого вирусного сиалоаденита тактика врача: {  
~уход за больным и постельный режим  
~диета (кислое питье, сухари)  
~тепловые процедуры (компресс, мазовые повязки, ФТП)  
~применение интерферона  
~антибиотики  
=все вышеперечисленное  
}

Для слюннокаменной болезни характерен следующий набор признаков: {  
~острое начало; болезненное глотание; высокая температура;  
контрактура нижней челюсти; инфильтрат в подчелюстной области  
~острое начало; сухость во рту, разрушенный нижний второй моляр; сглаженность и гиперемия переходной складки; боль при жевании  
~острое начало; движения языком болезненны; сухость во рту, гиперемия зева; ограниченное открывание рта  
=заболевание развивается медленно в течение 5-7 дней; субфебрильная температура; припухлость и болезненность в подчелюстной области;  
сухость во рту; болезненность по ходу вартанов протока  
~высокая температура; глотание болезненное; ограничение открывания рта; разрушенный нижний третий моляр  
}

К расширению выводного протока слюнных железы могут привести: {  
~профессиональные вредности  
~сдавливание протока патологическим процессом  
~обтурация протока слушившимся эпителием при воспалении

~врожденное расширение протока

=этиология неизвестна

}

Слабое место в капсуле височно-нижнечелюстного сустава: {

=в задней стенке

~в наружной стенке

~в передней стенке

}

К привычному вывиху предрасполагает следующая деформация: {

челюстей

=нижняя прогнатия

~открытый прикус

~нижняя ретрогения

}

Возможны ли движения нижней челюсти при одностороннем вывихе: {

=нет

~только вниз

~только вперед

}

При вправлении вывиха височно-нижнечелюстного сустава: {

ведущим видом местной анестезии является

~инфильтрационная анестезия области сустава

=блокада жевательной мышцы

~анестезия у круглого отверстия

}

Тактика врача после вправления вывиха, произошедшего впервые: {

~%50% рекомендовать щадящую диету

~межчелюстное шинирование с прокладкой на моляры

~кратковременная лигатурная фиксация

~%50% подбородочная праща

}

При остром артрите предпочтительным видом физиотерапии является: {

~электрофорез с вирапином

~кварц

=УВЧ

}

При остром артрите наблюдаются следующие рентгенологические изменения: {

~суставная щель сужена

~возможно неравномерное расширение

=суставная щель определяется

~не определяется

}

К хроническому артриту чаще приводит: {

=бруксизм

~переломы нижней челюсти в области угла

~двусторонняя частичная адентия

}

Накладывать иммобилизацию при остром травматическом артрите: {

целесообразнее на срок

~не меньше 7 дней

~не меньше 2х недель

=2-3 дня

}

Для ревматического артрита характерны следующие симптомы: {

~постоянные боли

~длительная тугоподвижность в суставе

=периодическое ограничение подвижности сустава,

сопровождающееся болями

}

Наиболее характерными симптомами ревматоидного артрита

являются: {

=нарастающая тугоподвижность в суставе

~постоянно иррадирующие боли

~привычный вывих

}

Для деформирующего артроза характерен следующий рентгенологический

признак: {

~расширение суставной щели

=изменение контуров сочленяющих поверхностей за счет

неравномерного разрастания костной ткани

~сужение суставной щели

}

Для уточнения диагноза «острого ревматического артрита»

необходимо следующие исследования: {

~общий анализ крови

~%50% сиаловая проба

~%50% дифениламиновая проба

~на содержание амилазы

~остаточный азот

}

При травматическом артрите нижнечелюстную фиксацию накладывают: {  
~на 2-3 дня  
=на 5-7 дней  
~на 9-14 дней  
}

Больной 40 лет, обратился с жалобами на резкие боли в области правого височно-нижнечелюстного сустава при открывании рта, приеме пищи, разговоре, которые появились 2 дня назад  
Накануне перенес грипп в тяжелой форме  
Местно: { область правого височно-нижнечелюстного сустава отечна, Кожа несколько гиперемирована, слуховой проход сужен  
Пальпация, перкуссия этой области безболезненна, рот открывается  
На 1,5 см Боль отдает в висок и затылок, температура тела 37,5 градуса Цельсия Укажите диагноз: {  
~абсцесс в области наружного слухового прохода  
~правосторонний паротит  
~флегмона щечной области справа  
=воспаление височно-нижнечелюстного сустава  
~периостит верхней челюсти справа  
}

Тактикой лечения при артрите височно-нижнечелюстного сустава является: {  
~направить на операцию  
~назначить УВЧ - терапию  
~%50% наложить подбородочную пращу  
~%50% рекомендовать динамическое лечение  
}

Для одностороннего вывиха височно-нижнечелюстного сустава характерен следующий набор признаков: {  
=болезненность в области сустава; смещение челюсти в здоровую сторону; невозможность закрыть рот; смещение подбородка вперед и в сторону; жевание невозможно  
~болезненность в области сустава; смещение челюсти в больную сторону; нарушение прикуса; отсутствие движения суставной головки при пальпаторном обследовании; жевание затруднено  
~болезненность в области сустава; болезненность усиливается при открывании рта; рот открывается ограничено; прикус нарушен; припухлость в области сустава  
~болезненность медленно нарастала; рот открывается ограничено; область сустава припухлая; при открывании рта челюсть смещается в больную сторону; трудно открывать рот из-за боли по утрам  
}

Точки Вале -

- ~участки кожи с повышенной чувствительностью
  - =место выхода нерва на поверхность лицевых костей
  - ~место, соответствующее расположению вегетативных узлов
- }

Если удар приходится подбородок, то чаще всего происходит перелом

- в области: {
- =основания мыщелкового отростка
  - ~шейки мыщелкового отростка
  - ~суставной головки
  - ~у основания венечного отростка
  - ~угла нижней челюсти
- }

Наиболее эффективным путем введения антибиотиков при переломах: {

- нижней челюсти является
- ~в щель перелома
  - ~внутримышечно
  - =в области перелома
- }

Кости основания черепа повреждаются при переломе верхней: {

- челюсти по типу
- ~Ле ФОР 1
  - ~Ле ФОР 2
  - =Ле ФОР 3
- }

Дно гайморовой пазухи повреждается при переломе верхней: {

- челюсти по типу
- ~Ле ФОР 1
  - =Ле ФОР 2
  - ~Ле ФОР 3
- }

«Симптом очков» при переломах верхней челюсти возникает: {

- ~сразу же после травмы
  - =через 24-48 час после травмы
  - ~через несколько часов после травмы
- }

Вправление скуловой кости при ее переломах производится: {

- ~крючком Лимберга
- ~лопаточкой Буяльского
- ~элеватором Карапетяна
- =всем вышеперечисленным



}

Характерные признаки перелома скуловой дуги со смещением

отломков: {

~нарушение прикуса

~%50% западание в верхних отделах околоушно-жевательной области

~нарушение зрения

~%50% отсутствие одностороннего бокового смещения нижней челюсти

}

Вправление костей носа производится: {

~через верхний носовой ход

~через средний носовой ход

=через нижний носовой ход

}

При вправлении носовых костей осуществляется следующая

методика фиксации: {

~наложение коллоидной повязки

~наложение коллоидной повязки и тампонада всех носовых ходов

~тампонада носовых ходов

=наложение коллоидной повязки и тампонада верхнего носового хода

}

Для вывиха зуба наиболее характерен следующий набор признаков: {

=наличие в анамнезе травмы челюсти; боль в зубе; изменение положения зуба в зубной дуге; разрыв десны; ЭОД – 100ма

~наличие в анамнезе травмы челюсти; повышение температуры тела; разрыв десны; ограничение открывания рта; подвижность зуба

~наличие в анамнезе травмы челюсти; боль в зубе от температурных раздражений; изменение формы коронки; ограничение открывания

рта; ЭОД – 5ма

}

Правильно ли, что при вывихе зуба его надо удалять: {

~да

=нет

}

Больному с вывихом зуба нужно провести: {

~двучелостное шинирование

=одночелостное шинирование

~иммобилизацию по Айви

~иммобилизацию по Баронову  
~иммобилизацию по Фригофу  
}

Больному с вывихом зуба нужно провести следующие исследования: {

~%50%ЭОД

~рентгенографию челюсти

~%50%рентгенографию зуба

~остеометрию

}

У больной, 20 лет неполный вывих Л 1

Тактика врача: {

~удаление Л 1

~рентгенография Л 1, фиксация гладкой скобой, пломбирование  
канала через 2-3 недели

=рентгенография Л 1, вправление и фиксация его гладкой шиной  
скобой, пломбирование канала

}

Перелом корней во время удаления зубов возникает у следующих  
пар зубов: {

~3/1

=5/2

~4/8

~6/7

~8/2

}

Правильно ли, что при переломе корня зуба в области нижней  
трети его можно оставить в челюсти, не пытаясь удалить: {

~да

=нет

}

Для удаления сломанного корня Л 4 необходимо воспользоваться: {

~долотом, молотком, элеватором

=бормашиной и элеватором

Для соустья полости рта с гайморовой пазухой наиболее характерен  
следующий набор признаков

~боль при жевании; ограничение открывания рта; высокая

температура тела; отек щечной области; кровотечение

из лунки удаленного Л 7

=носовое кровотечение; отек подглазничной области; обильное

кровотечение из лунки удаленного зуба верхней челюсти;

попадание жидкости в полость носа при полоскании рта;

прохождение воздуха при надувании щек и закрытой полости

носа

~повышение температуры тела; проникновение зонда более 2 см  
при зондировании лунки удаленного зуба верхней челюсти;  
}

Характерными признаками контактного отморожения являются: {

~пузыри с геморрагическим экссудатом  
~%50% отрицательная спиртовая проба  
~синюшность отмороженной области  
~%50% некроз пораженных тканей  
}

Папиллома - это: {

=сосочковая доброкачественная эпителиальная опухоль кожи,  
красной каймы губ и слизистой оболочки  
~сосочковая доброкачественная соединительнотканная опухоль  
кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки  
~сосочковая злокачественная эпителиальная опухоль кожи,  
красной каймы губ и слизистой оболочки  
~сосочковая злокачественная соединительнотканная опухоль  
кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки  
~новообразование кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки  
на ножке  
}

Различают папилломы: {

~на ножке  
~на широком основании  
~%50% с ороговением  
~%50% без ороговения  
~грибовидную  
}

Дифференциальную диагностику при установлении диагноза

«папиллома» необходимо проводить: {

=с фибромой  
~с липомой  
~с атеромой  
~с гемангиомой  
~с раком слизистой оболочки  
}

«Погружная папиллома» - это: {

=опухоль, которая характеризуется вращением эпителиальных  
сосочков вглубь подлежащих тканей  
~опухоль, которая характеризуется наличием углубления в  
центре сосочкового возвышения над слизистой оболочкой

~сосочковая опухоль с ороговением и изъязвлением

}

Папилломатоз - это: {

=множественное развитие папиллом на определенном участке

слизистой оболочки полости рта и кожи

~несколько единичных папиллом, локализующихся в различных

областях слизистой и кожи

~наличие папиллом одновременно на коже, слизистой оболочке

полости рта и красной каймы губ

~наличие нескольких папиллом в челюстно-лицевой области

}

Папиллома относится: {

=факультативному предраку

~облигатному предраку

}

При единичных папилломах и папилломатозах применяется

=иссечение в пределах здоровых тканей

~криохирургическое

~электрохирургическое иссечение

~прижигание папиллом

~частичное иссечение

}

Редиккулярная киста - это: {

=одонтогенная киста, развивающаяся в непосредственной

связи с корнями зуба

~любой очаг деструкции костной ткани челюсти в пределах

зубного ряда

~участок костной ткани повышенной плотности, связанной

с корнями зубов

}

Оболочка кисты представлена: {

~соединительной тканью

=эпителиальной тканью

~соединительной и эпителиальной тканью

~хрящевой и эпителиальной тканью

~соединительной и хрящевой тканью

}

Пунктат радикулярной кисты имеет вид: {

~бурой жидкости

~ярко-красной жидкости

=жидкости желтого цвета, с блестками холестерина

~отсутствие жидкости в пунктате  
~густой молочного цвета жидкости  
}

Основным методом лечения радикулярных кист является: {

~%50%цистотомия  
~%50%цистэктомия  
~резекция челюсти в пределах здоровых тканей  
~лучевая терапия  
~комбинированное лечение  
}

Фолликулярная киста - это: {

=одонтогенная киста, характеризующаяся наличием в просвете кисты рудиментных или коронковых частей зуба  
~киста челюсти в период смены прикуса  
~киста челюсти при полной ее адентии  
~киста челюсти в области резцового канала  
~киста верхней челюсти, проникающая в верхнечелюстную пазуху  
}

Природа образования фолликулярных кист: {

~воспалительная  
=опухолевая  
~смешанная  
~травматическая  
}

При фолликулярных кистах используется: {

=оперативное лечение  
~лучевое лечение  
~комбинированное лечение  
~медикаментозное лечение  
}

Фиброма - это: {

~опухоль слизистой полости рта на ножке  
=опухоль, состоящая из зрелой волокнистой соединительной ткани  
~опухоль, состоящая из жировой ткани  
~опухоль слизистой полости рта на широком основании  
~опухоль, представленная разрастанием сосудистой ткани  
}

Различают: {

=плотную фиброму

- ~мягкую фиброму
- ~смешанную фиброму
- ~твердую фиброму
- ~слизистую фиброму

}

Фиброма, в основном веществе которой произошло слизистое перерождение, называется: {

- ~кистофибромой
- =фибромиксомой
- ~ангиофибромой
- ~фиброгранулемой

}

Фиброматоз десен - это: {

- =диффузное разрастание грубоволокнистой соединительной ткани десны
- ~мягкотканое образование, связанное с альвеолярным краем челюсти при помощи ножки
- ~врожденные опухоли, состоящие из лимфатических сосудов
- ~опухоль, состоящая из кровеносных сосудов
- ~фиброма, расположенная на альвеолярном отростке нижней челюсти

}

Фибромы, расположенные одновременно с двух сторон в области небной поверхности десен на уровне третьих больших коренных зубов, называются: {

- ~фиброматоз десен
- ~двойные фибромы
- =симметричные фибромы
- ~эпулис
- ~дублирующие фибромы

}

Фиброматоз десен относится: {

- =доброкачественной опухоли
- ~злокачественной опухоли

}

При фиброме полости рта используется: {

- =хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей
- ~прижигание разрастаний
- ~электрохирургическое иссечение
- ~криодеструкция
- ~лучевая терапия

}

При фиброматозе десен используется: {

- =хирургическое лечение
  - ~лучевая терапия
  - ~комбинированное лечение
- }

Липомы - это: {

- =опухоль, состоящая из жирной ткани
  - ~опухоль, состоящая из мышечной ткани
  - ~опухоль, состоящая из кровеносных сосудов
  - ~опухоль, состоящая из элементов кожи
  - ~опухоль, состоящая из хрящевой ткани
- }

Липома может встретиться: {

- =на щеке
  - ~в области языка
  - ~в области неба
  - ~на деснах
- }

Может ли располагаться липома под слизистой оболочкой

полости рта: {

- ~да
  - =нет
- }

Дифференциальную диагностику при постановке диагноза

«липома дна полости рта» необходимо проводить: {

- ~с папилломой
  - ~с радикулярной кистой
  - ~%50% с фибромиксомой
  - ~%50% с ангиофибромой
  - ~с кератоакантомой
- }

К облигатным предракам относятся: {

- ~лейкоплакия
  - ~папиллома
  - ~%50% хейлит Манганотти
  - ~%50% кожный рог
  - ~лучевой стоматит
- }

К факультативным предракам относятся: {

- ~%50% лейкоплакия

~бородавчатый предрак

~хейлит Манганотти

~%50%кожный рог

~ограниченный предраковый гиперкератоз красной  
каймы губ