

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

государственной итоговой аттестации, завершающих в 2021 году подготовку по образовательной программе высшего медицинского образования в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом по специальности «Стоматология»

?У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ КАРИЕСОМ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- !+резцы верхней челюсти
- !моляры верхней челюсти
- !моляры нижней челюсти
- !резцы нижней челюсти

?ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОРАЖАЮТСЯ

- !+зубы одного периода формирования
- !временные и постоянные резцы
- !зубы-антагонисты
- !только первые моляры

?УМЕНЬШЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЫСОТЫ КОРОНКИ ЗУБА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- !+вколоченного вывиха
- !ушиба зуба
- !вывиха зуба без смещения
- !полного вывиха

?ВТОРИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+эрозия
- !папула
- !пузырёк
- !пятно

?НАЧАЛЬНЫЙ КАРИЕС (СТАДИЯ МЕЛОВОГО ПЯТНА) ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- !+подповерхностной деминерализацией
- !нарушением формирования эмали
- !поверхностной деминерализацией
- !некрозом эмали

?ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ПРОВОДИТСЯ С

- !+радикулярной кистой
- !одонтомой
- !цементомой
- !репаративной гранулёмой

?К ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА, ОТНОСЯТ

- !+вколоченный вывих временного зуба
- !перелом корня зуба
- !перелом челюсти
- !вывих височно-нижнечелюстного сустава

?ОТВЁРТКООБРАЗНАЯ ИЛИ БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА КОРОНКИ И ПОЛУЛУННАЯ ВЫЕМКА НА РЕЖУЩЕМ КРАЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЗУБОВ

- !+Гетчинсона
- !Пфлюгера
- !Фурнье
- !Тернера

?ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГЕРПАНГИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+вирус коксаки
- !вирус простого герпеса
- !вирус гриппа
- !цитомегаловирус

?ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ПУЛЬПИТА ОБНАРУЖИВАЕТСЯ МИКРОФЛОРА

- !+смешанная
- !стрептококковая
- !стафилококковая
- !грибковая

?ИДИОПАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ЛИЗИСОМ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМОМ

- !+Папийона - Лефевра
- !Блоха - Сульцбергера
- !Стентона - Капдепона
- !Аспергера

?В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОСПАЛЕНИЯ В ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ РАЗВИВАЕТСЯ КИСТА

- !+фолликулярная
- !радикулярная
- !назоальвеолярная
- !кератокиста

?ПРИШЕЕЧНАЯ ОБЛАСТЬ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ МИНЕРАЛИЗУЕТСЯ У РЕБЁНКА

- !+в первые 3 -4 месяца после рождения
- !до рождения

! сразу после прорезывания зуба

! к концу первого года жизни

? КАРИОЗНЫЕ ПЯТНА ВЫЯВЛЯЮТСЯ НА ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ

! + вестибулярной

! контактной

! жевательной

! в области режущего края

? ЗАКЛАДКА ЗУБНОЙ ПЛАСТИНКИ ПРОИСХОДИТ В ПЕРИОД ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА НА НЕДЕЛЕ

! +6-7

! 8-9

! 10-16

! 21-30

? ИЗ ЭПИТЕЛИЯ ЗУБНОГО ЗАЧАТКА ОБРАЗУЕТСЯ

! + эмаль, Насмитова оболочка

! дентин, пульпа

! цемент

! кость альвеолы

? ИЗ МЕЗЕНХИМЫ ЗУБНОГО СОСОЧКА ОБРАЗУЕТСЯ

! + дентин, пульпа

! цемент

! периодонт

! кость альвеолы

? ИЗ МЕЗЕНХИМЫ ЗУБНОГО МЕШОЧКА ОБРАЗУЕТСЯ

! + цемент, периодонт

! дентин

! Насмитова оболочка

! пульпа

? ПЕРИОД «ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ» ДЛЯ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ДЛИТСЯ (ЛЕТ)

! +2,5-3

! 1,5-2

! 3,5-4

! 4,5-5

? ИЗМЕНЕНИЕ ОКРАСКИ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБОВ ВОЗМОЖНО НА ПОВЕРХНОСТЯХ

! + вестибулярной резцов

! вестибулярной моляров

! небной и язычной моляров

! небной и язычной резцов и клыков

? НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ПЕРИОДОНТИТА У ДЕТЕЙ ЛЮБОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОДОНТИТ

! + хронический гранулирующий

! хронический гранулёматозный

! хронический фиброзный

! хронический в стадии обострения

? ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО И ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ

! + рентгенологический метод

! окрашивание зубов раствором Шиллера - Писарева

! электроодонтодиагностику (ЭОД)

! перкуссию зуба

? ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ПЕРИОДОНТИТ ЯВЛЯЕТСЯ ИСХОДОМ

! + острого диффузного пульпита

! травмы зуба

! хронического фиброзного пульпита

! передозировки мышьяковистой пасты

? КОРЕНЬ В СТАДИИ НЕСФОРМИРОВАННОЙ ВЕРХУШКИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОЕЦИРУЕТСЯ

! + короче нормальной длины, корневого канал широкий, расширяющийся у верхушки корня

! нормальной длины, с заострённой верхушкой, апикальное отверстие узкое

! нормальной длины, с заострённой верхушкой, апикальное отверстие широкое

! нормальной длины, периодонтальная щель у верхушки корня широкая

? КОРЕНЬ В СТАДИИ НЕЗАКРЫТОЙ ВЕРХУШКИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОЕЦИРУЕТСЯ

! + нормальной длины, с заострённой верхушкой, апикальное отверстие широкое

! нормальной длины, с заострённой верхушкой, апикальное отверстие узкое

! короче нормальной длины, корневого канал узкий

! нормальной длины, апикальное отверстие узкое, периодонтальная щель у верхушки корня широкая

? ПРИ ПЛАНОВОЙ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПУЛЬПИТ

! + хронический фиброзный

! острый диффузный

! хронический гангренозный

!хронический гипертрофический

?ФИБРОЗНУЮ ФОРМУ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ

!+фиброматоза дёсен

!пародонтита

!хронического катарального гингивита

!атрофического гингивита

?ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

!+гингиво-стоматита Венсана

!синдрома Бехчета

!алиментарной анемии

!железодефицитной анемии

?К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ФЛЮОРОЗА ОТНОСЯТ

!+меловидно-крапчатую

!чашеобразную

!бороздчатую

!«гипсовые» зубы

?К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ОТНОСЯТ

!+симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации

!окрашивание коронок зубов в жёлтый цвет

!меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

!хрупкую, слущивающуюся эмаль

?КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+бороздчатая

!дисплазия Капдепона

!«рифлёная» эмаль

!меловидно-крапчатая

?ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

!+возраст, в котором ребёнок перенёс причинное заболевание

!сроки прорезывания поражённой группы зубов

!наследственность

!заболевания, приведшие к формированию гипоплазии

?«ГИПСОВЫЕ» ЗУБЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОДНИМ ИЗ СИМПТОМОВ

!+несовершенного амелогенеза

!флюороза

!гипоплазии эмали

!несовершенного дентиногенеза

?ПРЕПАРИРОВАНИЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ПОКАЗАНО ПРИ КАРИЕСЕ

!+среднем

!поверхностном

!быстротекущем в стадии пятна

!медленнотекущем в стадии пятна

?НА ПЕРВОМ МЕСТЕ ПО ЧАСТОТЕ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ У ДЕТЕЙ 6 ЛЕТ СТОЯТ

!+молочные моляры

!молочные резцы

!молочные клыки

!постоянные клыки

?ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы

!перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы

!хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном однокорневом зубе

!любая форма пульпита во временных однокорневых зубах со сформированными корнями

?ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы

!перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы

!плоскостная форма среднего или глубокого кариеса молочных зубов, исключая фиксацию пломбы

!хронический фиброзный пульпит в постоянных несформированных однокорневых зубах

?ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА (ОГС) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

!+вирусная

!инфекционная

!грибковая

!аллергическая

?ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ В АНАМНЕЗЕ ХАРАКТЕРНЫ ПРИ

!+хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС)

!травматических эрозиях

!складчатом языке

!афте Веднара

?ПРИ АНГУЛЯРНОМ ХЕЙЛИТЕ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ В УГЛАХ РТА ОБРАЗУЮТСЯ

!+эрозии с влажным белым налётом

!«медовые» корки

!эрозии с гнойным отделяемым

!лихенизация, трещины, мокнутие

?АФТЫ БЕДНАРА ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ ВОЗРАСТА

!+первых месяцев жизни

!ясельного

!дошкольного

!школьного

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТРАВМЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТ

!+эрозии неправильных очертаний

!пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки

!эрозии округлой формы, покрытые фибриновым налётом

!творожистый налёт на слизистой оболочке губ, языка

?ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

!+утрате пассивного иммунитета

!наличии сопутствующих заболеваний

!аллергизации организма

!заболеваниях эндокринной системы

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГЕОГРАФИЧЕСКОГО ЯЗЫКА ОТНОСЯТ

!+неравномерную десквамацию эпителия на спинке языка

!нитевидные сосочки спинки языка белого цвета, резко увеличенные в размере

!глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием

!эрозию округлой формы на спинке языка, покрытую фибриновым налётом

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СКЛАДЧАТОГО ЯЗЫКА ОТНОСЯТ

!+глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием

!неравномерную десквамацию эпителия на спинке языка

!нитевидные сосочки спинки языка тёмного цвета, резко увеличенные в размере

!налёт на спинке языка

?ДЛЯ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ РЕБЁНКА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ЗАБОЛЕВАНИЕ

!+молочница

!хронический гингивит

!хейлит

!медикаментозный стоматит

?К КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ОТНОСИТСЯ

!+пустая лунка зуба

!укорочение видимой части коронки

!увеличение видимой части коронки

!смещение коронки в сторону

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ФЛЮРОЗА ОТНОСЯТ

!+белые пятна и крапинки на поверхности эмали зубов разного периода минерализации

!пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба

!слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах

!меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

?ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «НЕСОВЕРШЕННЫЙ ДЕНТИНОГЕНЕЗ» ДОСТАТОЧНО НАЛИЧИЯ

!+изменений на рентгенограмме

!вертикальных борозд от режущего края до шеек зубов

!стираемости эмали и обнажения дентина водянистого цвета

!меловидных пятен в пришеечной области

?ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СИСТЕМОЙ ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ГРУППЫ ЗУБОВ

!+постоянные резцы, клыки и первые моляры

!молочные моляры

!молочные резцы

!постоянные премоляры

?БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА

!+выражена по стенкам кариозной полости

!выражена на дне кариозной полости в одной точке

!выражена по стенкам кариозной полости и всему дну

!не выражена

?ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ПУЛЬПИТА

!+хронического фиброзного

!острого очагового

!острого диффузного

!хронического гангренозного

?БОЛЕЗНЕННАЯ ПЕРКУССИЯ, ПРИПУХЛОСТЬ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ, ГИПЕРЕМИЯ И ОТЕК ПО ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКЕ ВОЗМОЖНЫ ПРИ ПУЛЬПИТЕ

!+хроническом в стадии обострения

!фиброзном

!гипертрофическом

!остром очаговом

?ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПУЛЬПИТА ВО ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ ЯВЛЯЕТСЯ

!+нелеченый кариес

!механическая травма пульпы

!термическая травма пульпы

!ретроградное инфицирование пульпы

?ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ ЗОНДИРОВАНИЕ БОЛЕЗНЕННО

!+по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит быстро

!в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит быстро

!в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит медленно

!по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит медленно

?ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ И САМОЧУВСТВИЕ БОЛЬНОГО МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМОЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

!+повышенной температурой тела, болезненным приёмом пищи, головной болью, болью в мышцах, суставах

!нормальной температурой тела, безболезненным приёмом пищи

!нормальной температурой тела, головной болью, болью в мышцах, суставах

!головной болью, субфебрильной температурой тела

?ПРИ КАНДИДОЗЕ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА ВЫЯВЛЯЮТ

!+белый творожистый налёт

!фибринозный налёт

!папулы

!«пятна» Филатова - Коплика

?К ПРОЯВЛЕНИЯМ ВРОЖДЁННОГО СИФИЛИСА В ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТ

!+папулы округлой или овальной формы

!гнойные корки на губах

!афты, сливающиеся эрозии

!разлитую эритему

?ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА (ХРАС) ХАРАКТЕРНЫ

!+единичные эрозии округлой или овальной формы, покрытые фибринозным налётом

!множественные пузырьковые высыпания, в том числе на красной кайме губ

!пузыри на разных участках слизистой оболочки рта

!разлитая эритема, уртикарная сыпь

?СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО ПОЛОЖИТЕЛЕН ПРИ

!+пузырчатке

!сифилисе

!многоформной эритеме

!пиодермии

?ДЛЯ СУХОЙ ФОРМЫ ЭКСФОЛИАТИВНОГО ХЕЙЛИТА ХАРАКТЕРНЫ

!+чешуйки, плотно фиксированные в центре и приподнятые по краям

!эрозии

!массивные гнойные корки

!трещины на губах, покрытые влажным белым налётом

?ЭКССУДАТИВНЫЙ ДИАТЕЗ В АНАМНЕЗЕ ХАРАКТЕРЕН ПРИ

!+атопическом (экзематозном) хейлите

!афтах Беднара

!инфекционном хейлите

!сифилисе

?ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+пятно

!язва

!эрозия

!рубец

?К ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ ТРАВМЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТ

!+единичные эрозии неправильных очертаний, слабо болезненные или безболезненные

!единичные эрозии округлой или овальной формы, резко болезненные

!пузыри на разных участках слизистой оболочки полости рта

!белый творожистый налёт на слизистой оболочке полости рта

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЛЁГКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ОТНОСЯТ

!+явления катарального гингивита, единичные афты, покрытые налётом фибрина

!пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки

!эрозии неправильных очертаний

!творожистый налёт на слизистой оболочке губ, языка

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НЕПОЛНОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО И ПОСТОЯННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ОТНОСЯТ

!+смещение коронки в различных направлениях, подвижность зуба II-III степени

!погружение зуба в лунку до десны

!неизменённая видимая часть коронки, незначительная подвижность

!укорочение видимой части коронки, отсутствие подвижности

?ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ В ПРЕДЕЛАХ ЭМАЛИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

!+жалобами на косметический дефект

!болью при зондировании по линии перелома

!подвижностью II-III степени

!самопроизвольными болями с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва

?ЗАТРУДНЁННОЕ, УЧАЩЁННОЕ ДЫХАНИЕ С ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКОЙ У РЕБЁНКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

!+анафилактического шока

!сердечно-сосудистого коллапса

!обморока

!болевого шока

?РЕДКИЙ, СЛАБОГО НАПОЛНЕНИЯ ПУЛЬС У РЕБЁНКА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

!+обморока

!сердечно-сосудистого коллапса

!анафилактического шока

!болевого шока

?ХАРАКТЕРНЫМ ВИДОМ ТРАВМЫ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

!+вывих зуба

!перелом корня

!ушиб зуба

?ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ, КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО ЛИМФАДЕНИТА, НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ

!+1-3 лет

!1 месяца

!4-5 лет

!6-7 лет

?НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 6-8 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФЕКЦИЯ

!+одонтогенная

!стоматогенная

!отогенная

!риногенная

?НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ЛИМФАДЕНИТАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 6-7 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ

!+8.5, 8.4, 7.4, 7.5

!1.2, 1.1, 2.1, 2.2

!5.5, 5.4, 6.4, 6.5

!4.2, 4.1, 3.1, 3.2

?ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА СИММЕТРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБЕИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

!+необязательным

!обязательным

!обязательным только для детей с патологией ЛОР-органов

!обязательным только для детей с патологией ЖКТ

?ОРХИТ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ, НАБЛЮДАЕТСЯ У МАЛЬЧИКОВ ПРИ

!+остром эпидемическом паротите

!хроническом паренхиматозном паротите

!калькулёзном сиалоадените

!аденокарциноме

?СИММЕТРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБЕИХ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ У ДЕТЕЙ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАРОТИТА

!+острого эпидемического

!хронического рецидивирующего паренхиматозного

!калькулёзного

!новорождённых

?ДЛЯ ОСТРОГО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА СИММЕТРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБЕИХ ЖЕЛЁЗ

!+характерно

!не характерно

!обязательно только для детей с патологией ЛОР-органов

!обязательно только для детей с патологией ЖКТ

?ВЫДЕЛЕНИЕ ГНОЙНОГО СЕКРЕТА ИЗ УСТЬЯ ВЫВОДНОГО ПРОТОКА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАРОТИТА

!+хронического рецидивирующего паренхиматозного в стадии обострения

!острого эпидемического

!хронического рецидивирующего паренхиматозного в стадии ремиссии

!калькулёзного хронического в стадии ремиссии

?АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ПРИЧИННОГО ВРЕМЕННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

!+хронический остеомиелит

!хронический пульпит

!кариес дентина

!кариес эмали

?К КЛИНИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ОТНОСЯТ

!+вертикальные борозды от режущего края до шеек зубов

!горизонтальные борозды, параллельные режущему краю на группе зубов одного периода минерализации

!стирание эмали, обнажённый дентин водянистого цвета

!меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

?ДОЗА ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ, ПРИ КОТОРОЙ РАЗВИВАЕТСЯ ДЕСТРУКТИВНАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА, СОСТАВЛЯЕТ (МГ/Л)

!+7-9 и выше

!0,5

!1

!2-3

?ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+ушиб зуба

!обработка корневого канала Йодиолом

!передозировка мышьяковистой пасты

!обработка корневого канала Хлорофиллиптом

?У ДЕТЕЙ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС МОГУТ ВОВЛЕКАТЬСЯ ОКРУЖАЮЩИЕ ЗУБ ТКАНИ (ПЕРИОДОНТ, КОСТЬ, НАДКОСТНИЦА), РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЛИМФУЗЛЫ И МЯГКИЕ ТКАНИ ЛИЦА ПРИ ПУЛЬПИТЕ

!+остром диффузном

!хроническом гангренозном вне стадии обострения

!хроническом гипертрофическом

!остром очаговом

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА В ЛЮБОМ ВОЗРАСТЕ ОТНОСИТСЯ

!+пульпа некротизированная в коронковой и корневой части полости зуба

!пульпа болезненная только в устьях корневых каналов

!боль при накусывании на зуб

!кариозная полость на контактной поверхности молочного моляра, безболезненное препарирование

?ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ХЕЙЛИТЕ В УГЛАХ РТА ОБРАЗУЮТСЯ

!+лихенизация, трещины, мокнутие

!эрозии с гнойным отделяемым

!«медовые» корки

!эрозии с влажным белым налётом

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА (ХРАС) ОТНОСЯТ

!+эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налётом

!пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки

!творожистый налёт на слизистой оболочке губ, языка

!папулы

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МОЛОЧНИЦЫ ОТНОСЯТ

!+творожистый налёт на слизистой оболочке губ, языка

!пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки

!эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налётом

!эрозии неправильных очертаний

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПИОДЕРМИИ ОТНОСЯТ

!+пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки

!эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налётом

!творожистый налёт на слизистой оболочке губ, языка

!эрозии неправильных очертаний

?ПЕРЕЛОМ В СРЕДНЕЙ ЧАСТИ КОРНЯ ЗУБА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

!+болью при накусывании и при перкуссии, подвижностью зуба

!болью от температурных раздражителей и подвижностью зуба

!самопроизвольной болью и болью от температурных раздражителей

!самопроизвольной болью и подвижностью зуба

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ВКОЛОЧЕННОГО (ВНЕДРЁННОГО) ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ОТНОСЯТ

!+укорочение видимой части коронки, отсутствие подвижности зуба

!удлинение видимой части коронки, отсутствие подвижности зуба

!подвижность зуба II-III степени, удлинение видимой части коронки зуба

!отсутствие подвижности зуба и изменений видимой части коронки

?ОТЛОМ КОРОНКИ В ПРЕДЕЛАХ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА БЕЗ ОБНАЖЕНИЯ ПУЛЬПЫ ЗУБА СОПРОВОЖДАЕТСЯ БОЛЬЮ

!+от температурных раздражителей и при зондировании линии перелома

!при накусывании на зуб

!самопроизвольной

!от химических раздражителей

?ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ ЗУБА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

!+болью от всех раздражителей

!подвижностью зуба III степени
!самопроизвольной болью в ночное время с иррадиацией по ветвям тройничного нерва
!изменением цвета коронки зуба

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ УШИБА ПОСТОЯННОГО ИЛИ ВРЕМЕННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ОТНОСЯТ
!+болезненную перкуссию, незначительную подвижность зуба или её отсутствие
!смещение коронки в различных направлениях
!болезненную перкуссию, зуб длиннее симметричного
!болезненную перкуссию, зуб короче симметричного

?ТРАВМА ЗАЧАТКА ПОСТОЯННОГО ЗУБА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ТРАВМЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА В ВИДЕ
!+внедрённого (вколоченного) вывиха
!неполного вывиха
!ушиба
!перелома корня

?ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ВЫВИХА РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
!+глубокий прогнатический прикус
!множественный кариес этих зубов и его осложнения
!мелкое преддверие рта
!мезиальная окклюзия

?ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ЧЕТЫРЁХ-ПЯТИ ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ВИДОМ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
!+вывих зуба
!перелом челюсти
!перелом зуба
!вывих височно-нижнечелюстного сустава

?ВЫВИХ ЗУБА У ДЕТЕЙ ПРЕОБЛАДАЕТ В ПРИКУСЕ
!+временном
!постоянном
!ортогнатическом
!прогеническом

?ОДОНТОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ПРИЧИНА ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРЕОБЛАДАЕТ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)
!+6
!2
!3
!1

?НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ЛИМФАДЕНИТАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 10-14 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ
!+4.6, 3.6
!4.5, 4.4, 3.4, 3.5
!1.6, 2.6
!1.5, 1.4, 2.4, 2.5

?РОЗОВОЕ ОКРАШИВАНИЕ КОРОНКИ СРАЗУ ПОСЛЕ УШИБА ИЛИ В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ В ЗУБАХ
!+сформированных однокорневых
!несформированных однокорневых
!сформированных многокорневых
!несформированных многокорневых

?ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ
!+облитерация полости зуба и корневых каналов
!расширение полости зуба и просвета каналов зуба
!короткие корни, широкие каналы
!расширение периодонтальной щели

?МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ ОКРАСКИ ВЫЯВЛЯЕТ ОЧАГОВУЮ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЮ ПРИ
!+белом кариозном пятне
!эрозии эмали
!пятнистой форме гипоплазии
!кариозном пигментированном пятне

?ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ
!+КПУ + кп
!СРТИН
!КПУ
!ГИ

?РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ПУЛЬПИТА В МЕЖКОРНЕВОМ ПРОСТРАНСТВЕ У ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
!+остеопороз
!расширение периодонтальной щели
!остеосклероз
!гиперцементоз

?ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
!+очаг разрежения костной ткани разных размеров без чётких границ
!очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с чёткими границами, размером до 5 мм в диаметре

!расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба

!очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с чёткими границами, размером свыше 1 см в диаметре

?ХРОНИЧЕСКИЙ ГРАНУЛЁМАТОЗНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

!+разрежения костной ткани округлой формы с чёткими контурами до 5 мм в диаметре

!расширения периодонтальной щели на ограниченном участке

!расширения периодонтальной щели на всём протяжении

!разрежение костной ткани с нечёткими контурами

?РАСШИРЕНИЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПЕРИОДОНТИТА

!+хронического фиброзного

!хронического гранулирующего

!хронического гранулёматозного

!всех форм

?ПРИ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

!+отсутствие изменений на рентгенограмме

!очаг разрежения костной ткани с чётким контуром

!расширение периодонтальной щели у верхушки корня

!исчезновение периодонтальной щели у верхушки корня

?ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ МЕЖЗУБНЫХ ПЕРЕГОРОДОК НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ

!+локальном пародонтите

!генерализованном гингивите

!локальном и генерализованном гингивите

!атрофическом гингивите

?ФОРМАЛИНОВАЯ ПРОБА ПОЛОЖИТЕЛЬНА ПРИ

!+пародонтите

!катаральном гингивите

!гипертрофическом гингивите

!атрофическом гингивите

?КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ПРИ

!+язвенно-некротическом стоматите неясной этиологии

!кандидозе

!хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС)

!остром герпетическом стоматите (ОГС)

?ПОВЕРХНОСТНЫЕ ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ВЫЗЫВАЮТ

!+грибы Candida

!эпидермофиты

!актиномицеты

!трихофиты

?ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КАНДИДОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

!+грибы Candida

!фузобактерии

!актиномицеты

!спирохеты

?ЭТИОЛОГИЯ ПИОДЕРМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

!+инфекционная

!грибковая

!инфекционно-аллергическая

!вирусная

?ЭТИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА (ХРАС) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

!+инфекционно-аллергическая

!инфекционная

!вирусная

!паразитарная

?ЭТИОЛОГИЯ ГЕРПАНГИНЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

!+вирусная

!грибковая

!инфекционная

!аллергическая

?ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОГО ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КАНДИДОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

!+грибковая

!инфекционная

!вирусная

?ЭТИОЛОГИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ (МЭЭ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

!+инфекционно-аллергическая

!инфекционная

!вирусная

!наследственная

?ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГЕРПАГИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ВИРУС

- !+Коксаки и ЕСНО
- !простого герпеса
- !ветряной оспы
- !иммунодефицита

?ДИФТЕРИЙНЫЕ ПЛЁНКИ СОДЕРЖАТ

- !+фибрин и клетки возбудителя заболевания
- !нити псевдомицелия
- !почкующиеся клетки гриба
- !обрывки эпителия и остатки пищи

?ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В МАЗКАХ СОДЕРЖИМОГО ПУЗЫРЬКОВ И СОСКОБОВ С ПОВЕРХНОСТИ АФТ В ПЕРВЫЕ 2-4 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБНАРУЖИВАЮТ

- !+гигантские многоядерные клетки
- !большое количество мицелия гриба
- !почкующиеся клетки
- !фузобактерии

?ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+палочка Леффлера
- !гемолитический стрептококк
- !вирус Коксаки
- !актиномицеты

?ПРИ КАНДИДОЗЕ В СОСКОБАХ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

- !+почкующиеся клетки грибов Candida
- !гигантские эпителиальные клетки
- !многоядерные клетки
- !скопления кокков

?ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+вирус простого герпеса
- !микрофлора полости рта
- !вирусная Мiх инфекция
- !вирус Коксаки

?РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ УШИБА ВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+отсутствие изменений на рентгенограмме
- !равномерное расширение периодонтальной щели
- !расширение периодонтальной щели у верхушки зуба
- !отсутствие периодонтальной щели у верхушки зуба

?РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННОГО СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+отсутствие периодонтальной щели у верхушки корня
- !отсутствие изменений на рентгенограмме
- !расширение периодонтальной щели у верхушки корня
- !отсутствие периодонтальной щели в боковом отделе с одной стороны

?РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕПОЛНОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО И ПОСТОЯННОГО ЗУБА СО СМЕЩЕНИЕМ В СТОРОНУ СОСЕДНЕГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+расширение периодонтальной щели с одной стороны корня и отсутствие на другой
- !равномерное расширение периодонтальной щели
- !резкое расширение периодонтальной щели у верхушки корня
- !отсутствие периодонтальной щели у верхушки корня

?РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ УШИБА ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+отсутствие изменений на рентгенограмме
- !неравномерное расширение периодонтальной щели
- !равномерное расширение периодонтальной щели
- !неравномерное сужение периодонтальной щели

?СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ

- !+палочкой Коха
- !стрептококком в сочетании со стафилококком
- !кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
- !стрептококком

?СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ

- !+лучистым грибом
- !стафилококком
- !стрептококком
- !стафилококком в сочетании со стрептококком

?СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ

- !+бледной трепонемой
- !анаэробной флорой
- !кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
- !золотистым стрептококком

?СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ

- !+микобактериями туберкулёза
- !стафилококками
- !кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
- !стрептококком

?ПАТОГНОМИЧНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+наличие округлых полостей вместо протоков III-IV порядка
- !сужение основного выводного протока
- !тень конкремента в области выводного протока
- !сужение всех протоков

?ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНО ЗОНДИРОВАНИЕ

- !+безболезненное
- !болезненное по дну кариозной полости в одной точке
- !болезненное стенок кариозной полости
- !болезненное по всему дну кариозной полости

?БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ПО ЭМАЛЕВО-ДЕНТИННОЙ ГРАНИЦЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- !+среднего кариеса
- !кариеса в стадии пятна
- !глубокого кариеса
- !хронического пульпита

?ПРИ КАРИЕСЕ В СТАДИИ ПЯТНА ЭМАЛЬ

- !+гладкая, зондирование безболезненно
- !шероховатая, зондирование болезненно
- !шероховатая, зондирование безболезненно
- !легко удаляется экскаватором

?ПРИ ПОВЕРХНОСТНОМ КАРИЕСЕ ЭМАЛЬ

- !+шероховатая, зондирование безболезненно
- !гладкая, зондирование безболезненно
- !шероховатая, зондирование болезненно
- !поражена кариозной полостью в пределах эмали и наружных слоёв дентина

?БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ В ОДНОЙ ТОЧКЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- !+хронического фиброзного пульпита
- !среднего кариеса
- !хронического гангренозного пульпита
- !хронического периодонтита

?ПОВЕРХНОСТНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ПУЛЬПЫ БЕЗБОЛЕЗНЕННО ПРИ ПУЛЬПИТЕ ХРОНИЧЕСКОМ

- !+гангренозном
- !фиброзном
- !гипертрофическом
- !в стадии обострения

?ЗОНДИРОВАНИЕ ПУЛЬПЫ В ГЛУБИНЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ИЛИ В УСТЬЯХ КАНАЛОВ БОЛЕЗНЕННО ПРИ ПУЛЬПИТЕ ХРОНИЧЕСКОМ

- !+гангренозном
- !фиброзном
- !гипертрофическом
- !фиброзном в стадии обострения

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА ОТНОСЯТ

- !+боль при накусывании на зуб, отёк десны
- !боль от температурных раздражителей
- !свищ на десне с гнойным отделяемым
- !длительные приступообразные боли с короткими светлыми промежутками

?ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+рентгенологический
- !электроодонтодиагностика (ЭОД)
- !трансиллюминационный
- !определение индекса РМА

?БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ В ГЛУБИНЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПУЛЬПИТА

- !+хронического гангренозного
- !острого очагового
- !хронического фиброзного
- !хронического гипертрофического

?ДЛЯ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНА БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ

- !+по эмалево-дентинной границе
- !в глубине полости зуба
- !по всему дну кариозной полости
- !в одной точке дна кариозной полости

?ДЛЯ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНО БОЛЕЗНЕННОЕ

!+зондирование по всему дну кариозной полости
!зондировании в глубине полости зуба
!препарировании стенок кариозной полости
!зондирование в одной точке дна кариозной полости

?К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ЛОКАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА, ОТНОСЯТ

!+скученность зубов
!заболевания желудочно-кишечного тракта
!заболевания крови
!экссудативный диатез

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ОТНОСЯТ

!+застойную гиперемия, кровоточивость и отёк зубодесневых сосочков
!увеличенную в размерах и деформированную десну
!бледную десну, ретракцию десны 1-3 мм
!изъязвлённый десневой край, серый налёт, гнилостный запах

?ПРИ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ ПАРОДОНТИТА НАБЛЮДАЮТ КАРМАНЫ ГЛУБИНОЙ ДО (ММ)

!+3
!6
!7
!10

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ОТНОСЯТ

!+бледную десну, ретракцию десны 1 -3 мм
!кровоточивость и отёк зубодесневых сосочков
!увеличенную в размере и деформированную десну
!изъязвлённый десневой край, серый налёт, гнилостный запах

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ОТНОСЯТ

!+увеличенную в размерах и деформированную десну
!кровоточивость и отёк зубодесневых сосочков
!бледную десну, ретракцию десны 1 -3 мм
!изъязвлённый десневой край, серый налёт, гнилостный запах

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ОТНОСЯТ

!+изъязвлённый десневой край, серый налёт, гнилостный запах
!кровоточивость и отёк зубодесневых сосочков
!увеличенную в размерах и деформированную десну
!гиперемированную и отёчную десну

?ОБРАЗОВАНИЕ ПУЗЫРЬКОВ НА КОЖЕ ЛИЦА ХАРАКТЕРНО ПРИ

!+остром герпетическом стоматите (ОГС)
!многоформной экссудативной эритеме (МЭЭ)
!хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС)
!лейкоплакии

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРИ ЧЁРНОМ ВОЛОСАТОМ ЯЗЫКЕ ОТНОСЯТ

!+резко увеличенные в размере нитевидные сосочки спинки языка тёмного цвета
!неравномерную десквамацию эпителия на спинке языка
!глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
!налёт на спинке языка

?К ФАКТОРАМ, ВОЗДЕЙСТВИЕ КОТОРЫХ ИЗМЕНЯЕТ ОКРАСКУ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБОВ, ОТНОСИТСЯ

!+дневной свет
!приём витаминов внутрь
!люминесцентный свет
!приём препаратов кальция

?НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 6-8 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФЕКЦИЯ

!+одонтогенная от моляров нижней челюсти
!одонтогенная от моляров верхней челюсти
!отогенная
!тонзиллогенная

?МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ

!+во II половине внутриутробного развития
!в I половине внутриутробного развития
!в I полугодии после рождения
!во II полугодии после рождения

?МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ НАЧИНАЕТСЯ

!+во II полугодии после рождения
!на 17 неделе внутриутробного развития
!в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения
!в 2,5-3,5 года

?МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПРЕМОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ

!+в 2,5-3,5 года

!в конце внутриутробного периода
!в первые недели после рождения
!во II полугодии после рождения

?МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ

!+в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения
!во II полугодии после рождения
!на 2 году жизни
!в 4-5 лет

?МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВТОРЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ

!+в 2,5-3,5 года
!в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения
!во II полугодии после рождения
!в 4-5 лет

?СВЕДЕНИЯ ОБ АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВЫЯСНЯЮТСЯ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕТЕЙ ВОЗРАСТА

!+ясельного
!любого
!дошкольного
!подросткового

?СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ РАЗВИВАЕТСЯ ОТ

!+болезней ребёнка после рождения
!заболеваний матери во время беременности
!травматических повреждений молочных зубов
!нарушения состава микроэлементов в воде

?К ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА РАЗВИТИЕ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ, ОТНОСЯТ

!+болезни ребёнка после рождения, нарушение режима питания ребёнка
!болезни матери во II половине беременности
!множественные поражения молочных зубов осложнённым кариесом
!болезни матери в I половине беременности

?ПРИЧИНАМИ НЕСОВЕРШЕННОГО РАЗВИТИЯ И СТРОЕНИЯ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА ЯВЛЯЮТСЯ

!+генетические факторы
!болезни матери в I половине беременности
!болезни матери во II половине беременности
!болезни ребёнка во II полугодии первого года жизни

?К ПРИЧИНАМ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

!+травматическое повреждение зачатка зуба
!болезни матери во время беременности
!пульпит молочного зуба
!вредные привычки матери во время беременности

?К ПРИЧИНАМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

!+заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
!хронический периодонтит молочного зуба
!интоксикацию фтором
!передачу патологии твёрдых тканей по наследству

?ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

!+избыточное содержание фтора в воде
!передача патологии по наследству
!недостаточное содержание фтора в воде
!отсутствие фтора в воде

?ПРИ ОТЛОМЕ ЧАСТИ КОРОНКИ ЗУБА С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ БОЛЬНЫЕ ЖАЛУЮТСЯ НА БОЛИ

!+от раздражителей
!самопроизвольные
!при накусывании на зуб
!иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва

?ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ БОЛЬНЫЕ ЖАЛУЮТСЯ НА БОЛИ

!+при попадании пищи в сочетании с кровоточивостью
!самопроизвольные
!постоянные
!от температурных раздражителей

?ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ХАРАКТЕРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЧИТАЮТ

!+афты Беднара
!хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)
!многоформную экссудативную эритему (МЭЭ)
!хейлит

?ДЛЯ ДЕТЕЙ ЯСЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЧИТАЮТ

!+острый герпетический стоматит (ОГС)
!афты Беднара

!хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)

!многоформную экссудативную эритему (МЭЭ)

?ДЛЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЧИТАЮТ

!+хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)

!острый герпетический стоматит (ОГС)

!кожный рог

!кандидоз

?К ПРИЧИНАМ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

!+заболевания ребёнка на первом году жизни

!наследственный фактор

!заболевания матери в период беременности

!множественный кариес молочных зубов

?НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ ЕГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ, ПРЕДСТАВЛЕНЫ

!+отломом коронки в результате травмы

!гипоплазией эмали

!несовершенным амелогенезом

!тетрациклиновым окрашиванием

?К ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПОПЛАЗИИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

!+нарушение внутриутробного развития зубочелюстной системы

!пониженное содержание фтора в питьевой воде

!замедленное прорезывание зубов

!кариесогенные факторы

?ВОЗРАСТОМ ДЕТЕЙ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО БОЛЕЮЩИХ ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+ясельный

!дошкольный

!младший школьный

!старший школьный

?ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА (ОГС) ИГРАЕТ

!+снижение уровня иммунитета

!контакт с больным

!недавно перенесенное ОРЗ

!возраст ребёнка

?ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ У РЕБЁНКА В ПОЛИКЛИНИКЕ ПОД НАРКОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

!+острая респираторно-вирусная инфекция (ОРВИ)

!заболевание центральной нервной системы (ЦНС)

!эпилепсия в анамнезе

!лекарственная аллергия на местные анестетики

?К КОНЦУ ПЕРВОГО ГОДА У ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА ДОЛЖНО ПРОРЕЗАТЬСЯ ЗУБОВ НЕ МЕНЕЕ

!+8

!4

!6

!10

?КОРНИ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ ЗАКАНЧИВАЮТ ФОРМИРОВАНИЕ К (ГОДАМ)

!+2

!3

!4

!5

?КОРНИ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ФОРМИРУЮТСЯ К (ГОДАМ)

!+5

!2

!3

!7

?КОРНИ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ФОРМИРУЮТСЯ К (ГОДАМ)

!+4

!2

!5

!6

?ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ

!+при хроническом периодонтите

!в интактных зубах с живой пульпой

!при хроническом фиброзном пульпите

!при хроническом гангренозном пульпите

?ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ В СРЕДНЕМ ЧЕРЕЗ

!+3 года после окончания формирования корней зубов

!1 год после прорезывания зубов

!2 года после прорезывания зубов

!3 года после прорезывания зубов

?КОРНИ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ И ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЮТ СВОЁ ФОРМИРОВАНИЕ К (ЛЕТ)

!+10

!11

!12

!13

?КОРНИ ПРЕМОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЮТ СВОЕ ФОРМИРОВАНИЕ К (ЛЕТ)

!+12

!10

!11

!15

?ТОЛЩИНА ЭМАЛИ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА С УВЕЛИЧЕНИЕМ ВОЗРАСТА РЕБЁНКА

!+уменьшается в результате физиологического стирания

!увеличивается в результате функционирования энамелобластов

!не изменяется, так как энамелобласты после формирования коронки отсутствуют

!увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии

?ТОЛЩИНА ДЕНТИНА ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА С УВЕЛИЧЕНИЕМ ВОЗРАСТА РЕБЁНКА

!+увеличивается в результате функционирования одонтобластов

!увеличивается в результате функционирования энамелобластов

!не изменяется, так как одонтобласты после формирования коронки отсутствуют

!увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии

?ВОЗМОЖНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПРЕДСТАВЛЕНЫ

!+пигментированным пятном на эмали

!«рифлёнными» зубами

!облитерацией полости зуба

!поражением эмали всех моляров и фронтальных зубов

?КОРНИ ПОСТОЯННЫХ ВТОРЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЮТ СВОЁ ФОРМИРОВАНИЕ К (ЛЕТ)

!+15

!10

!13

!12

?К НЕКАРИОЗНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

!+несовершенное развитие дентина

!периодонтит

!пародонтит

!пародонтолиз

?ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ОДИН ЗУБ ИЗМЕНЁННОЙ ФОРМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+местная гипоплазия

!флюороз

!системная гипоплазия

!синдром Стентона - Капдепона

?ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ИМЕЮТСЯ НАРУШЕНИЯ В СТРОЕНИИ

!+эмали

!дентина

!пульпы

!цемента

?К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ОТНОСЯТ

!+несовершенное строение эмали и дентина

!тетрациклиновые зубы

!системную гипоплазию эмали

!местную гипоплазию эмали

?ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОДОНТОГЕНЕЗЕ (ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА) ПОРАЖЕНЫ

!+все молочные и постоянные зубы

!молочные и постоянные моляры

!молочные и постоянные резцы

!только постоянные зубы

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА, ОТНОСЯТ

!+стираемость твёрдых тканей зуба без обнажения пульпы

!наличие ночных болей

!«рифлёные» зубы

!«гипсовые» зубы

?ПАРОДОНТОЛИЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

!+синдроме Папийона - Лефевра

!функциональной перегрузке зубов

!эндемическом зобе

!заболевании желудочно-кишечного тракта

?ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ ПОДОШВ И ЛАДОНЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ТЯЖЕЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПАРОДОНТА ИМЕЮТСЯ ПРИ

!+синдроме Папийона - Лефевра

!Болезни Иценко - Кушинга

!гипофизарном нанизме

!циклической нейтропении

?ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ

!+зонд, зеркало

!штопфер, зонд

!гладилка, зонд

!пинцет, зеркало

?СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ °С МИНУТ

!180; 45

!125; 45

!160; 40

!80; 60

?МЕТОДОМ ХИМИЧЕСКОЙ (ХОЛОДНОЙ) СТЕРИЛИЗАЦИИ СТЕРИЛИЗУЮТ

!+зеркала, изделия из стекла

!наконечники

!боры

!одноразовые шприцы

?В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ СТЕРИЛИЗУЮТ

!+пинцет

!зеркало

!зонд

!шприц

?АВТОКЛАВИРОВАНИЕМ СТЕРИЛИЗУЮТСЯ

!+марлевые тампоны, наконечники

!одноразовые шприцы

!пластмассовые шпатели

!слюноотсосы, зеркала

?ТЕМПЕРАТУРНЫЙ РЕЖИМ, ПОДДЕРЖИВАЕМЫЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ В ХОЛОДНОЕ ВРЕМЯ ГОДА, СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСЫ)

!+18-23

!15-16

!17-18

!23-28

?ЦЕЛЬЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА «АССИСТИНА» ЯВЛЯЕТСЯ

!+предстерилизационная очистка и смазывание наконечников

!стерилизация наконечников

!дезинфекция боров

!дезинфекция эндодонтического инструментария

?СУХОЖАРОВАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

!+цельнометаллических инструментов

!перевязочного материала

!белья

!ватных валиков

?СРЕДСТВОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ХОЛОДНОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗЕРКАЛ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+6% раствор перекиси водорода

!1% раствор перекиси водорода

!0,5% раствор хлорамина

!75% метиловый спирт

?ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БОРЫ ПОМЕЩАЮТ В

!+дезинфицирующий раствор

!сухожаровой шкаф

!гласперленовый стерилизатор

!«Терминатор»

?С ПОМОЩЬЮ АМИДОПИРИНОВОЙ ПРОБЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ

!+остатки крови на инструментах

!остатки моющих средств

!стерильность инструментов

!наличие жира

?СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗЕРКАЛА СТЕРИЛИЗУЮТСЯ МЕТОДОМ ХИМИЧЕСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ ПО ВРЕМЕНИ (ЧАС)

!+1-2

!2-3

!3

!4-5

?В ГЛАСПЕРЛЕНОВОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ СТЕРИЛИЗУЮТ

- !+боры, эндодонтический инструментарий
- !стоматологические зеркала
- !вату, бельё
- !оттиски

?В ГЛАСПЕРЛЕНОВОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ПРОВОДИТСЯ

- !+нагретыми стерильными шариками
- !горячим паром
- !облучением
- !раствором глутаральдегида

?ПОВЕРХНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ ОБРАБАТЫВАЕТСЯ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ РАСТВОРОМ

- !+после приёма каждого пациента
- !1 раз в день
- !2 раза в день
- !3 раза в день

?ПЛОЩАДЬ ОПЕРАЦИОННОЙ НА ДВЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ. М)

- !+30
- !20
- !25
- !40

?В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ СТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ ПЛОЩАДЬ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ. М)

- !+8
- !10
- !20
- !25

?КВАРЦЕВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ДЕНЬ (КОЛИЧЕСТВО РАЗ)

- !+3
- !1
- !2
- !4

?РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ КРЕСЛАМИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (М)

- !+1,5
- !1,0
- !1,2
- !2,0

?ПЛОЩАДЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ. М)

- !+14
- !12
- !10
- !7

?НА КАЖДОЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ КРЕСЛО С УНИВЕРСАЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКОЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ПЛОЩАДЬ (КВ. М)

- !+10
- !15
- !14
- !5

?ОКНА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОРИЕНТИРОВАНЫ НА НАПРАВЛЕНИЕ

- !+северное
- !южное
- !западное
- !восточное

?РАСПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КРЕСЛЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ОРИЕНТИРОВАНО НА

- !+окно
- !двери
- !стену
- !врача

?АЗОПИРАМОВАЯ ПРОБА ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ

- !+предстерилизационной очистки
- !дезинфекции
- !стерилизации
- !каждого этапа дезинфекции

?ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТОВ НА НАЛИЧИЕ КРОВИ И БЕЛКОВЫХ ЗАГРЯЗНЕНИЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА

- !+амидопириновая
- !йодиоловая
- !бензидиновая
- !фенолфталеиновая

?ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЛЮНООТСОСЫ

- !+утилизируют
- !дезинфицируют
- !стерилизуют
- !промывают

?ПОСЛЕ РАБОЧЕГО ДНЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ИМЕЛ МЕСТО КОНТАКТ РУК С ХЛОРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, КОЖУ ОБРАБАТЫВАЮТ ВАТНЫМ ТАМПОНОМ, СМОЧЕННЫМ РАСТВОРОМ

- !+1% гипосульфита натрия
- !2% перекиси водорода
- !0,05% хлоргексидина
- !70% медицинского спирта

?РАБОТНИКАМ, ЗАНЯТЫМ ПРИГОТОВЛЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ АМАЛЬГАМЫ, ДОЛЖНЫ ВЫДАВАТЬСЯ

- !+хирургические халаты без карманов
- !медицинские халаты без воротников
- !хирургические халаты с карманами
- !одноразовые медицинские шапочки

?РЕНТГЕНОВСКИЙ АППАРАТ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН В ОТДЕЛЬНОМ ПОМЕЩЕНИИ, ПЛОЩАДЬ КОТОРОГО ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ. М)

- !+6
- !8
- !9
- !11

?ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ЙОДА ПОКАЗАН ПРИ

- !+медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите
- !остром периодонтите
- !хроническом фиброзном пульпите
- !любой форме хронического периодонтита с непроходимыми корневыми каналами

?ФЛЮКТУОРИЗАЦИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ ПРИ

- !+остром периодонтите
- !кариесе зубов
- !хроническом периодонтите
- !хроническом пульпите

?ФИЗИОТЕРАПИЯ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ

- !+идиопатическом заболевании с прогрессирующим лизисом тканей пародонта
- !гипертрофическом гингивите
- !хроническом пародонтите
- !пародонтозе

?ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ОВОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+профессиональная гигиена
- !гингивэктомия
- !общая антибиотикотерапия
- !кюретаж

?ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДОВАНО

- !+проведение реминерализующей терапии
- !уменьшение частоты индивидуальной гигиены
- !окклюзионное регулирование
- !системное использование препаратов фтора

?ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+профессиональная гигиена полости рта
- !медикаментозное противовоспалительное лечение
- !хирургическое лечение
- !ортопедическое лечение

?ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА СОСТАВЛЯЕТ (ДНИ)

- !+2-14
- !15-18
- !20-24
- !26-30

?УСПЕХ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭРОЗИЙ И ДЕКУБИТАЛЬНЫХ ЯЗВ ОПРЕДЕЛЯЕТ

- !+устранение травмирующего слизистую оболочку фактора
- !выбор местнообезболивающих средств
- !применение кератопластических средств
- !применение антибактериальных препаратов

?ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

- !+удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, ввести в каналы обезболивающий препарат под повязку
- !удалить повязку, коронковую пульпу, зуб оставить открытым, назначить тёплые содовые полоскания
- !удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, зуб оставить открытым, назначить тёплые содовые полоскания
- !удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, канал запломбировать пастой на масляной основе

?ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- !+обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, использование антибактериальных средств

!гигиену полости рта, удаление зубных отложений, использование склерозирующих средств, физиотерапию
!гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
!устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа

?С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЙ ПРИ ЧАСТЫХ РЕЦИДИВАХ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ

!+культуральная инактивированная герпетическая вакцина
!интерферон лейкоцитарный
!кислота аскорбиновая
!гистаглобулин

?С ЦЕЛЬЮ УДЛИНЕНИЯ ПЕРИОДА РЕМИССИИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕРПЕСЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

!+стимуляция выработки эндогенного интерферона
!блокада Н-холинорецепторов
!седативное воздействие на центральную нервную систему (ЦНС)
!приём антигистаминных препаратов

?КРИТЕРИЕМ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

!+светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости без окрашивания детектором кариеса
!размягчённого дентина на дне и стенках кариозной полости
!плотного пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости
!светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости, окрашивающегося детектором кариеса

?ПРИ ДЕПУЛЬПИРОВАНИИ РЕЗЦОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ АНЕСТЕЗИЮ

!+инфильтрационную с вестибулярной стороны
!инфильтрационную с язычной стороны
!инфраорбитальную
!палатинальную

?КОРНЕВОЙ КАНАЛ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ПУЛЬПЫ ПЛОМБИРУЮТ

!+до физиологической верхушки
!до анатомической верхушки
!не доходя 2 мм до апикального отверстия
!на % длины канала

?ОБТУРАЦИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ СИСТЕМОЙ «ТЕРМОФИЛ» ПРЕДПОЛАГАЕТ ВВЕДЕНИЕ В КАНАЛ

!+разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
!одного центрального штифта
!нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
!пломбировочного материала пастообразной консистенции

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТОВ В ЗУБАХ, «НЕ ВЫДЕРЖАВШИХ ГЕРМЕТИЗМА», С ЧАСТИЧНО ИЛИ ПОЛНОСТЬЮ НЕПРОХОДИМЫМИ КАНАЛАМИ ЛУЧШЕ ВСЕГО НАЗНАЧИТЬ

!+трансканальный электрофорез
!антибиотики
!гормональную терапию
!резорцин-формалиновый метод

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

!+витальная экстирпация
!биологический метод
!витальная ампутация
!девитальная ампутация

?КОАГУЛЯЦИЮ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ПРОВОДЯТ В ТЕЧЕНИЕ (СЕК)

!+3-4
!4-6
!6-8
!8-10

?ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ УСТЬЕВ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

!+Gates-glidden
!фиссурный бор
!пиковидный бор
!H-file

?ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВЕРХНЕГО ПЕРВОГО МОЛЯРА НАИБОЛЬШИЕ ТРУДНОСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ КАНАЛ

!+мезиальный щёчный
!дистальный нёбный
!дистальный щёчный
!мезиальный нёбный

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА С ПЛОХО ПРОХОДИМЫМИ КАНАЛАМИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН МЕТОД

!+депофореза гидроксида меди-кальция
!резорцин-формалиновый
!диатермокоагуляции
!ультрафонофореза йодида калия

?КОРОНОРАДИКУЛЯРНУЮ СЕПАРАЦИЮ ПРОВОДЯТ В СЛУЧАЕ

!+локализации патологического очага в области бифуркации или трифуркации корней многокорневых зубов
!локализации патологического очага в области верхушки одного из корней первого верхнего премоляра или верхних моляров

!кариеса корня одного из корней многокорневых зубов
!наличия трещины или перелома одного из корней многокорневых зубов

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
!+механическая и медикаментозная обработка канала с последующим пломбированием
!резекция верхушки корня зуба
!выведение зуба из окклюзии
!применение одного из импрегнационных методов

?ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ МЕТОДОМ «ЗАКРЫТОГО СЭНДВИЧА» ПРОКЛАДКА
!+перекрывается композитом
!не перекрывается композитом
!накладывается на края полости
!накладывается на стенки полости

?К МИНИМАЛЬНОМУ НАГРЕВУ ПУЛЬПЫ ВЕДЁТ ПРЕПАРИРОВАНИЕ
!+прерывистое с охлаждением
!непрерывное без охлаждения
!непрерывное с охлаждением
!прерывистое без охлаждения

?ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОМПОЗИЦИОННЫМИ МАТЕРИАЛАМИ СКОС ЭМАЛИ ФОРМИРУЮТ С ЦЕЛЬЮ
!+увеличения площади сцепления
!химической связи композиционного материала с эмалью
!равномерного распределения нагрузки на ткани зуба
!улучшения полирования композита

?ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ОДНО- И ДВУХКОМПОНЕНТНЫХ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ НЕОБХОДИМО ПРОТРАВЛИВАТЬ
!+эмаль 30 секунд, а дентин – 15 секунд
!эмаль и дентин 15 секунд
!эмаль 30–60 секунд
!эмаль и дентин 30–60 секунд

?СРОКИ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА СОКРАЩАЮТСЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ
!+пиримидиновых оснований
!кортикостероидных гормонов
!антибиотиков
!ферментов

?ПРИ СОХРАНЕНИИ ПОСТПЛОМБИРОВОЧНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БОЛЕЕ 2 НЕДЕЛЬ НЕОБХОДИМО
!+перепломбировать зуб, используя прокладку из стеклоиономерных цементов (СИЦ)
!депульпировать зуб
!тщательно отполировать пломбу
!обработать реставрацию фторсодержащим препаратом

?НАИБОЛЬШИЕ ТРУДНОСТИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ВЕРХУШЕЧНОГО ОТВЕРСТИЯ И ПОДГОТОВКИ К ПЛОМБИРОВАНИЮ 16 ИЛИ 26 ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ КАНАЛ
!+медиальный щёчный
!дистальный нёбный
!дистальный щёчный
!нёбный

?К АНТИСЕПТИКАМ, СОДЕРЖАЩИМ ХЛОРГЕКСИДИН, ОТНОСЯТ
!+Элюдрил и Корсодил
!Эльгидиум и Диоксиколь
!Пародиум и Сангвиритрин
!Имудон и Элюгель

?ОСНОВНЫМ ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ
!+Этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)
!3% раствор Гипохлорита натрия
!Оксиэтилендифосфовая кислота (Ксидифон)
!раствор Перекиси водорода

?ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУЛЬПОТОМИИ ПРИМЕНЯЮТ
!+Гидроксид кальция и слой стеклоиономерного цемента (СИЦ)
!цинк-оксид-эвгеноловую прокладку и слой лака
!Гидроксид кальция и цинк-оксид-эвгеноловый цемент
!Гидроксид кальция и слой цинк-фосфатного цемента

?ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
!+Каталюгем
!Этилендиаминтетрауксусную кислоту (ЭДТА)
!Крезофен
!Химотрипсин

?К ПРЕПАРАТАМ, ОБЛАДАЮЩИМ ОДОНТОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ОТНОСЯТ
!+содержащие гидроокись кальция
!сульфаниламидные
!кортикостероидные

!эвгенолсодержащие

?МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДOK ДОЛЖНЫ ОБЕСПЕЧИВАТЬ

!+противовоспалительное, противомикробное, одонтотропное действие

!прочную связь подлежащего дентина и пломбировочного материала

!кондиционирование дентина

!эстетику реставрации

?ДЛЯ МЕДЛЕННОЙ ДЕВИТАЛИЗАЦИИ ПУЛЬПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПАСТУ

!+параформальдегидную

!резорцинформалиновую

!цинкоксидэвгеноловую

!мышьяковистую

?В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА ВВОДЯТ

!+ферменты и экстракты лечебных трав

!этиловый спирт и вкусовые добавки

!Хлоргексидин и Гипохлорид

!антибиотики

?СРЕДСТВОМ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ВЕНСАНА ЯВЛЯЕТСЯ

!+раствор 0,05% Хлоргексидина

!20% раствор Натрия бората в глицерине

!5% Бутадионовая мазь

!Индометациновая мазь

?ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ПОКАЗАНЫ

!+препараты фтора

!витамины

!препараты, содержащие декстраназу

!гормоны

?РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ МЕТОДИКУ

!+искусственного насыщения эмали минерализующими компонентами

!устранения смазанного слоя

!реставрации

!искусственного насыщения эмали органическими компонентами

?ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

!+кальций, фтор

!натрий, магний

!йод, бром

!железо, стронций

?ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ МОЖНО СУДИТЬ ПО

!+стабилизации или исчезновению белых пятен эмали, снижению прироста кариеса

!увеличению прироста кариеса

!появлению новых белых кариозных пятен

!уменьшению воспаления тканей десны

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА 1.6 ЗУБА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ АНЕСТЕЗИЮ

!+по переходной складке с вестибулярной стороны

!с небной стороны

!в области резцового отверстия

!в области подглазничного отверстия

?ПРОВЕДЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ВОЗМОЖНО ПРИ

!+случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса дентина у пациентки 27 лет

!остром пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет

!остром пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом

!случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа

?МЕТОД ТОННЕЛЬНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ (КЛАСС ПО БЛЭКУ)

!+2

!1

!3

!4

?ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ОСТРОМ (ОЧАГОВОМ) ПУЛЬПИТЕ

!+сохранение жизнеспособности всей пульпы

!девитализацию пульпы

!витальную ампутацию

!витальную экстирпацию

?ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ОСТРОМ (ОБЩЕМ) ПУЛЬПИТЕ

!+витальную экстирпацию

!девитализацию пульпы

!сохранение жизнеспособности всей пульпы

!витальную ампутацию

?ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРИМЕНИТЬ МЕТОД

- !+витальной экстирпации
- !сохранения жизнеспособности всей пульпы зуба
- !витальной ампутации
- !девитализации

?НАИМЕНЬШИЙ КОЭФФИЦИЕНТ ПЕРИАПЕКАЛЬНОГО РАССАСЫВАНИЯ ДАЁТ МЕТОД ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

- !+с использованием системы «Термофил»
- !центральным штифтом
- !пастой
- !с использованием серебряных штифтов

?ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЛОЧНИЦЫ ПРИМЕНЯЮТ МАЗИ

- !+Клотримазол, Нистатиновую
- !Теброфеновую, Оксолиновую
- !Зовиракс, Ацикловир
- !Неомициновую, Тетрациклиновую

?СРЕДСТВОМ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ МАЗЬ

- !+Канестен
- !Солкосерил
- !Оксолиновая
- !Флореналовая

?К РЕМИССИИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ПРИВОДИТ ЛЕЧЕНИЕ

- !+кортикостероидами
- !антибиотиками
- !транквилизаторами
- !противогрибковыми

?ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КАНДИДОЗЕ НЕОБХОДИМО

- !+удалить верхний рыхлый слой налёта, обработать 1 -2% раствором Гидрокарбоната натрия, а затем Канестеном или Клотримазолом
- !обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника
- !провести антисептическую обработку, затем смазать Неомициновой, Синтомициновой мазями
- !обезболить слизистую оболочку, смазать мазью Ацикловир

?К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЙ ОТНОСЯТ

- !+Ацикловир
- !Тетрациклин
- !Сульфадиметоксин
- !Нистатин

?ПРИ КАНДИДОЗЕ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР ГИДРОКАРБОНАТА НАТРИЯ (%)

- !+1 -2
- !4-5
- !7-9
- !10-15

?ЭТИОТРОПНЫМ СРЕДСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+противовирусное
- !жаропонижающее
- !антисептическое
- !кератопластическое

?ПРИ ОПОЯСЫВАЮЩЕМ ЛИШАЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НАПРАВЛЕНЫ НА

- !+блокаду вируса
- !выявление и устранение очагов хронической инфекции
- !укрепление сосудистой сети
- !эпителизацию

?ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+восстановление нормальной микрофлоры
- !устранение очага инфекции
- !десенсибилизация организма
- !устранение воспаления

?ТАКТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНОГО ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ (В ПЕРИОД РЕМИССИИ) СОСТОИТ В

- !+проведении санации полости рта
- !воздержании от лечения зубов
- !назначении антибиотиков
- !применении антисептиков

?ТАКТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНОГО ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ (ОСТРЫЙ ПЕРИОД) СОСТОИТ В

- !+направлении к врачу-дерматологу
- !направлении к врачу-венерологу
- !назначении кортикостероидных гормонов
- !назначении антибиотиков

?ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НАЗНАЧАЮТ

!+20% раствор Тетрабората натрия в глицерине

!Лоринден С

!Солкосерил

!Флуцинар

?ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ ВЫРАЖАЕТСЯ

!+суммой кариозных, запломбированных и удалённых зубов у одного индивидуума

!суммой кариозных и запломбированных зубов у одного индивидуума

!суммой запломбированных и удалённых зубов у одного индивидуума

!отношением суммы кариозных и запломбированных зубов к возрасту пациента

?ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, К ОБЩЕМУ ЧИСЛУ ОБСЛЕДОВАННЫХ НАЗЫВАЕТСЯ

!+распространённостью стоматологического заболевания

!интенсивностью стоматологического заболевания

!стоматологической заболеваемостью населения

!уровнем стоматологической помощи населению

?ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ВЗРОСЛЫХ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА (ЛЕТ)

!+35-44

!12-14

!18-20

!25-35

?ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ КАРИЕСОМ НАЗЫВАЮТ

!+число впервые выявленных случаев заболевания за определённый промежуток времени

!число людей, имеющих заболевание на момент обследования

!число кариозных, запломбированных и удалённых зубов у одного обследуемого

!среднее количество кариозных, удалённых и запломбированных зубов в группе населения

?УПРОЩЁННЫЙ ИНДЕКС ГИГИЕНЫ ОНІ-S ПО ГРИНУ- ВЕРМИЛЛИОНУ ОПРЕДЕЛЯЮТ НА ПОВЕРХНОСТИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ЗУБОВ И ОРАЛЬНОЙ ЗУБОВ

!+16, 11, 26, 31; 36, 46

!16, 26, 36, 46; 11, 21

!36, 46; 16, 11, 26, 31

!11, 21; 16, 26, 36, 46

?ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ДЛЯ ОКРАШИВАНИЯ ЗУБНОГО НАЛЁТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОРЫ

!+Шиллера-Писарева

!Метиленового синего

!1% раствор Йодиола

!5% спиртовой раствор Йода

?ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+рациональная гигиена полости рта

!сбалансированное питание

!полоскание полости рта растворами фторидов

!санация полости рта

?ОСНОВНЫМ МИНЕРАЛИЗУЮЩИМ ЗАЩИТНЫМ ФАКТОРОМ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+слюна, пересыщенная ионами кальция и фосфора

!пелликула

!бикарбонатный буфер в слюне

!повышенная вязкость ротовой жидкости

?ПЕЛЛИКУЛА ЗУБА ОБРАЗУЕТСЯ ИЗ

!+гликопротеидов слюны

!эмалевого органа

!муцина

!энамелбластов

?ИСТОЧНИКОМ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ПОДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

!+десневая жидкость

!слюна

!ротовая жидкость

!пища

?ТАКТИКОЙ ВРАЧА ПРИ НАЛИЧИИ СВИЩЕВОГО ХОДА ПРИ ДИАГНОЗЕ "ПЕРИОДОНТАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС" ЯВЛЯЕТСЯ

!+проведение под обезболиванием инструментальной и медикаментозной обработки и пломбировка канала

!применение девитализирующей пасты, проведение эндодонтического лечения

!оставление зуба открытым

!проведение временного пломбирования корневых каналов

?СОГЛАСНО ОБЩЕМУ ПЛАНУ ЛЕЧЕНИЯ, ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ (КРОМЕ НЕОТЛОЖНЫХ СЛУЧАЕВ) НУЖНО НАЧИНАТЬ С

!+профессиональной гигиены полости рта

!лечения заболеваний пародонта

!выявления кариеса

!эндодонтического лечения

?ЧТОБЫ СНИЗИТЬ РИСК ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРФОРАЦИИ ИСКРИВЛЁННОГО КАНАЛА, НЕОБХОДИМО

!+заранее согнуть кончик инструмента перед введением в канал
!выбрать инструмент соответственно толщине канала
!отказаться от расширения канала
!воспользоваться только химическими средствами расширения канала

?БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВОЗМОЖЕН ПРИ

!+гиперемии пульпы у пациента 18 лет
!остром гнойном пульпите многокорневого зуба у пациента 43 лет
!остром начальном пульпите у пациента 20 лет с бронхиальной астмой
!хроническом пульпите у пациента 23 лет

?ПОЛНОЕ СОХРАНЕНИЕ ПУЛЬПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ

!+гиперемии пульпы (глубоком кариесе)
!остром гнойном пульпите
!хроническом пульпите
!остром периодонтите

?МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ В

!+молярах
!резцах
!клыках
!премолярах

?МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ

!+остром гнойном пульпите
!случайном вскрытии пульпы зуба
!остром очаговом пульпите
!неэффективности биологического метода

?ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ДИФФУЗИИ МЫШЬЯКОВИСТОЙ КИСЛОТЫ В ОКРУЖАЮЩИЕ ТКАНИ СОСТОИТ В

!+удалении некротизированного участка, обработке антидотом
!обработке некротизированного участка антисептиками и антибиотиками
!удалении некротизированного участка
!обработке некротизированного участка обезболивающими средствами

?ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПУЛЬПИТЕ

!+витальную экстирпацию
!сохранение жизнеспособности всей пульпы
!витальную ампутацию
!девитализацию пульпы

?ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРИМЕНИТЬ

!+витальную экстирпацию
!витальную ампутацию
!сохранение жизнеспособности всей пульпы
!девитализацию

?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

?АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭНДОДОНТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

!+недавно перенесенный инфаркт миокарда
!недостаточность функции надпочечников
!лучевая терапия
!сахарный диабет

?ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПОСТОЯННОГО ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА, СТАВШЕГО ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА, ВКЛЮЧАЕТ

!+раскрытие полости зуба, обеспечение оттока экссудата
!пломбирование канала и разрез по переходной складке
!удаление зуба
!назначение курса противовоспалительной терапии

?ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

!+реминерализующее лечение
!изготовление искусственных коронок
!удаление зубов
!депульпирование зубов

?К ВНЕШНИМ ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА ЗУБОВ, ОТНОСЯТ

!+пищевые продукты и лекарственные средства для полоскания полости рта
!гибель пульпы
!эндодонтическое лечение
!кровоизлияния в пульпу

?К МЕСТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ОТБЕЛИВАНИЮ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

!+убыль эмали, обнажение корней зубов

- !загрязнение поверхности зубов
- !беременность и кормление грудью
- !аллергию на перекись водорода

?К ОБЩИМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ОТБЕЛИВАНИЮ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- !+аллергию на перекись водорода, беременность, кормление грудью
- !обширную реставрацию
- !большую пульпарную полость
- !выраженное воспаление пародонта

?ЦЕЛЬЮ НЕКРОЭКТОМИИ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+исключение рецидива кариеса
- !создание контактного пункта
- !восстановление формы зуба
- !финирование полости

?ЦЕЛЬЮ ФОРМИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+создание условий для фиксации пломбы
- !восстановление функции зуба
- !создание контактного пункта
- !восстановление анатомической формы зуба

?НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОЙ ФОРМЫ КАРИЕСА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+восстановление минерального состава эмали
- !иссечение поражённой эмали с последующим пломбированием
- !сошлифование поражённой эмали дисками
- !микроабразия

?ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПО ДЛИНЕ ПРИМЕНЯЮТ

- !+К-ридер
- !К-файл
- !Н-файл
- !пульпэкстрактор

?ПРИ ДЕВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПУЛЬПЫ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА ВЫПОЛНЯЮТ

- !+наложение мышьяковистой пасты
- !ампутацию пульпы
- !раскрытие полости зуба
- !инструментальную обработку каналов

?ИНФИЦИРОВАННЫЙ ПРЕДЕНТИН СО СТЕНОК КАНАЛА ЗУБА РЕКОМЕНДУЮТ УДАЛЯТЬ

- !+К-файлом
- !пульпэкстрактором
- !корневой иглой
- !К-ридером

?ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ (ЭКСТИРПАЦИЯ) В ХОРОШО ПРОХОДИМЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛАХ ИСПОЛЬЗУЮТ

- !+пульпэкстрактор
- !иглу Миллера
- !К-файл
- !К-ридер

?МЕТОДИКА ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПАСТАМИ ВКЛЮЧАЕТ

- !+последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
- !введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
- !введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
- !введение в канал одного центрального штифта

?СПОСОБ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ХОЛОДНОЙ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- !+введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
- !введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
- !введение в канал одного центрального штифта
- !последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции

?К ЭНДОДОНТИЧЕСКИМ ИНСТРУМЕНТАМ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ОТНОСЯТ

- !+К-файл и Н-файл
- !К-ридер
- !пульпэкстрактор
- !каналонаполнитель

?КАНАЛОНАПОЛНИТЕЛЬ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

- !+пломбирования каналов
- !определения глубины корневого канала
- !удаления пульпы
- !распломбирования каналов

?ПОЛОСТЬ ЗУБА ВСКРЫВАЮТ

- !+шаровидным бором № 1
- !карборундовой головкой

!финиром

!фиссурным бором

?РАБОЧУЮ ДЛИНУ ЗУБА ОПРЕДЕЛЯЮТ

!+рентгенографией

!субъективными ощущениями

!термодиагностикой

!электроодонтодиагностикой (ЭОД)

?ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ ПРИМЕНЯЮТ

!+спредеры

!Н-файлы

!пульпэкстракторы

!плагеры

?КОРОНКОВУЮ ЧАСТЬ ПУЛЬПЫ (АМПУТАЦИЯ) УДАЛЯЮТ

!+экскаватором

!штопфером

!зондом

!колесовидным бором

?ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПО МЕТОДУ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

!+спредер

!Н-файл

!развёртку

!пульпэкстрактор

?МЫШЬЯКОВИСТУЮ ПАСТУ КЛАССИЧЕСКОЙ ПРОПИСИ В ЗУБ 3.7 НАКЛАДЫВАЮТ НА (СУТ.)

!+2

!3

!1

!5

?ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА РАСКРЫТИЯ ПОЛОСТИ ЗУБА ИСПОЛЬЗУЮТ

!зеркало, зонд

!гладилку, пинцет

!пинцет, зеркало

!штопфер, зонд

?ПОЛОСТЬ ЗУБА В ПРЕМОЛЯХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАСКРЫВАЮТ БОРОМ В НАПРАВЛЕНИИ

!+щёчно-нёбном

!по оси зуба

!переднезаднем

!щёчно-заднем

?ПОЛОСТЬ ЗУБА В МОЛЯХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАСКРЫВАЮТ БОРОМ В НАПРАВЛЕНИИ

!+переднезаднем

!по оси зуба

!щёчно-язычном

!заднеязычном

?К ПРИЧИНАМ ИЗБЫТОЧНОГО ВЫХОДА ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА ЗА ВЕРХУШЕЧНОЕ ОТВЕРСТИЕ ОТНОСЯТ

!+избыточное расширение апикального отверстия

!перфорацию стенки корневого канала

!отлом стержневого инструмента в канале

!недостаточную медикаментозную обработку канала

?БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА СОСТОИТ В

!+восстановлении периодонта до нормального физиологического состояния

!клиническом выздоровлении

!развитии периостита

!переходе в хронический периодонтит

?КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА УСПЕШНО, ЕСЛИ

!+канал запломбирован полностью

!периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом

!канал запломбирован не полностью

!зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку

?ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+устранение очага одонтогенной инфекции

!сохранение зуба

!прохождение корневого канала

!воздействие на микрофлору корневого канала

?ИЗМЕНЕНИЕ КОНФИГУРАЦИИ ЛИЦА НАБЛЮДАЮТ ПРИ

!+периостите, подслизистом абсцессе

!остром периодонтите пульпарного происхождения

!хроническом пульпите

!хроническом язвенном пульпите

?БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА СОСТОИТ В

!+клиническом выздоровлении

!удалении зуба

!хроническом пульпите

!переходе в кистогранулёму

?ПРИ ОТСУТСТВИИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИАПИКАЛЬНОГО АБСЦЕССА СО СВИЩЁМ ВОЗМОЖЕН ПЕРЕХОД

!+в корневую кисту или гранулёму

!в фиброзную форму

!к клиническому излечению

!к физиологическому восстановлению

?ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТБЕЛИВАНИЯ МОЖНО

!+применением лазерной технологии

!предварительным депульпированием зуба

!удалением поверхностного слоя эмали

!уменьшением экспозиции отбеливателя

?ДЛЯ ДОМАШНЕГО ОТБЕЛИВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ПЕРЕКИСЬ КАРБАМИДА В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)

!+10-12

!5-7

!25-35

!35-40

?КОНЦЕНТРАЦИЯ ПЕРЕКИСИ КАРБАМИДА ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО («ОФИСНОГО») ОТБЕЛИВАНИЯ (%)

!+25-30

!5-7

!10-12

!35-40

?ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЯТНИСТОЙ ГИПОПЛАЗИИ (БЕЛОЕ ПЯТНО) ВЫПОЛНЯЮТ

!+микроабразию

!отбеливание

!пломбирование

!реминерализацию

?РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ

!+кариесе в стадии белого пятна

!пятнистой форме флюороза

!кариесе дентина

!кариесе в стадии пигментированного пятна

?ПРИ ВВЕДЕНИИ БОЛЬШИХ ДОЗ ТЕТРАЦИКЛИНА В ОРГАНИЗМ РЕБЁНКА МЕНЯЕТСЯ

!+цвет эмали зубов

!блеск эмали зубов

!форма зуба

!структура (недоразвитие эмали) зуба

?НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СОЗРЕВАНИЕ ЭМАЛИ ОКАЗЫВАЕТ

!+кальций

!молибден

!стронций

!фтор

?КОРОНО-РАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

!+рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации

!отсечение верхушки корня и удаление патологически изменённых тканей

!удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба

!удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части

?ГЕМИСЕКЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

!+удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба

!рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации

!отсечение верхушки корня и удаление патологически изменённых тканей

!удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части

?ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛОМБИРОВАНИЯ ЭРОЗИИ ТРЕБУЕТ

!+проведения реминерализирующей терапии

!более длительного протравливания поверхности эрозии, чем при кариесе

!использования пломбировочных материалов без предварительного протравливания

!пломбирования стеклоиономерными цементами (СИЦ)

?УСТРАНИТЬ ДИСКОЛОРИТ ДЕВИТАЛЬНЫХ ЗУБОВ, РАЗВИВШИЙСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕТРАЦИКЛИНА В ДЕТСТВЕ, МОЖНО МЕТОДОМ

!+внутрикоронкового отбеливания

!микроабразии

!внешнего отбеливания

!резекции дентина

?ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ II КЛАССА БЕЗ ВЫВЕДЕНИЯ НА ЖЕВАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ПРОВОДЯТ ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ЕЁ

- !+ниже экватора зуба при хорошем доступе
- !выше экватора зуба при отсутствии доступа
- !ниже экватора зуба при отсутствии доступа
- !выше экватора зуба при хорошем доступе

?ТОННЕЛЬНЫЙ СПОСОБ ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ II КЛАССА ПОЗВОЛЯЕТ

- !+сохранить существующий естественный контактный пункт
- !формировать контактный пункт
- !сохранить жевательную поверхность
- !сохранить биологию пульпы

?ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРЕМИИ ПУЛЬПЫ ВКЛЮЧАЕТ

- !+наложение лечебной прокладки
- !препарирование кариозной полости
- !медикаментозную обработку
- !наложение постоянной пломбы

?ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- !+кальций, фтор
- !натрий, магний
- !йод, бром
- !железо, стронций

?ФОРМА ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ I КЛАССА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- !+материалом для постоянной пломбы
- !особенностями естественных углублений, в которых развивается кариес
- !медикаментозной обработкой
- !формой бора для препарирования

?СКОС ЭМАЛИ В 45 ГРАДУСОВ СОЗДАЮТ ДЛЯ

- !+увеличения адгезии и линии маскировки
- !обезболивания
- !уменьшения токсичности материала
- !устранения смазанного слоя

?ЦВЕТОМ МАРКИРОВКИ НАИБОЛЕЕ ГРУБЫХ БОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+чёрный
- !красный
- !синий
- !зелёный

?ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИСКУССТВЕННОГО ДЕНТИНА ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ПЛОМБЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+простота использования
- !короткое рабочее время
- !цветостойкость
- !недостаточная прочность к механическому воздействию

?ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ I КЛАССА ПРЕДПОЛАГАЕТ

- !+полное раскрытие фиссуры
- !максимальное сохранение эмали на жевательной поверхности без подлежащего дентина
- !частичное раскрытие фиссуры
- !максимальное расширение кариозной полости (трапеция широким основанием к эмали)

?ДЛЯ ТОЧНОГО ПОДБОРА ЦВЕТА РЕСТАВРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ПРОВОДЯТ

- !+удаление налёта с поверхности зуба
- !предварительное протравливание
- !избирательное шлифование
- !обезболивание

?НЕДОСТАТОЧНОЕ УДАЛЕНИЕ НЕКРОТИЗИРОВАННОГО ДЕНТИНА СО ДНА И СТЕНОК КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИВОДИТ К

- !+рецидиву кариеса
- !случайному вскрытию полости зуба
- !облому стенки кариозной полости
- !некрозу пульпы

?ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ВКЛЮЧАЕТ

- !+раскрытие кариозной полости, некрэктомию, формирование дна и стенок кариозной полости, финирование
- !обезболивание, некрэктомию, финирование
- !обезболивание, расширение кариозной полости, некрэктомию
- !расширение кариозной полости, некрэктомию, финирование

?ПЛОМБИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ВОЗМОЖНО

- !+сэндвич-техникой
- !туннельным методом
- !апикально-корональным методом (stepback)
- !коронально-апикальным методом (crowdown)

?К ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ В ТЕРАПИИ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА ОТНОСЯТ

- !+реминерализующую терапию (минерализующие растворы)
- !гигиенический и диетический режимы
- !местное применение препаратов фтора
- !назначение препаратов фтора внутрь

?ЭФФЕКТ МЕСТНОЙ ФЛЮОРИЗАЦИИ ОСНОВАН НА

- !+активности процессов реминерализации, уменьшении растворимости и проницаемости эмали, образовании фторapatита
- !улучшении трофики зуба
- !бактерицидном действии фтора
- !укреплении белковой матрицы эмали

?ПРИ ОТВЕРЖДЕНИИ ХИМИЧЕСКОГО КОМПОЗИТА ПОЛИМЕРИЗАЦИОННАЯ УСАДКА ПРОИСХОДИТ В НАПРАВЛЕНИИ

- !+центра
- !периферии
- !протравленной эмали
- !источника света

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА В СТАДИИ ВЫРАЖЕННОЙ ЭКССУДАЦИИ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ

- !+создают условия для оттока экссудата и оставляют зуб открытым
- !пломбируют канал постоянными пломбировочными материалами
- !герметично закрывают зуб после медикаментозной обработки
- !производят разрез по переходной складке

?ПОЯВЛЕНИЕ СВИЩА ПРИ ОВОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА (ПЕРИАПИКАЛЬНОГО АБСЦЕССА) СПОСОБСТВУЕТ

- !+переходу в другую форму хронического периодонтита
- !стиханию воспаления
- !усилению боли при накусывании
- !переходу в кисту

?ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МЫШЬЯКОВИСТОГО ПЕРИОДОНТИТА НЕОБХОДИМЫ

- !+антидоты
- !ферменты
- !антибиотики
- !хлорсодержащие препараты

?ДЛЯ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ И ОРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТЕЙ МОЛЯРОВ И ТРУДНОДОСТУПНЫХ УЧАСТКОВ ПОВЕРХНОСТЕЙ КОРНЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КЮРЕТА ГРЕЙСИ

- !+7/8
- !3/4
- !11/12
- !13/14

?ДЛЯ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ ФУРКАЦИИ КОРНЕЙ ПРИМЕНЯЮТ КЮРЕТЫ

- !+фуркационные
- !Грейси
- !Vision
- !Лангера

?КЮРЕТЫ ДЕЛЯТСЯ НА

- !+универсальные, зоноспецифические
- !изогнутые, прямые
- !серповидные
- !зоноспецифические, изогнутые

?СКЕЙЛЕРОМ (СЕРПОВИДНЫМ) НАЗЫВАЮТ ИНСТРУМЕНТ

- !+с агрессивным кончиком рабочей части
- !с закруглённым кончиком рабочей части
- !с алмазным покрытием рабочей части
- !для работы в пародонтальных карманах глубиной до 4 мм

?ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ГЛАДКИЕ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ОЧИЩАТЬ ОТ НАЛЁТА С ПОМОЩЬЮ

- !+резиновых колпачков и полировочных паст
- !щёточек и полировочных паст
- !флоссов
- !зубной щётки и пасты

?ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ С ПОВЕРХНОСТИ ИМПЛАНТАТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТЫ

- !+пластиковые
- !тёрдосплавные
- !стальные
- !стеклянные

?ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА, ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРАВИЛЬНОЙ МЕТОДИКЕ ЧИСТКИ ЗУБОВ И САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ЧИСТКА ЗУБОВ ПАЦИЕНТОМ ПОД КОНТРОЛЕМ ВРАЧА НАЗЫВАЕТСЯ

- !+контролируемая чистка зубов
- !профессиональная гигиена полости рта
- !профессиональная чистка зубов
- !индивидуальная гигиена полости рта

?КОНТРОЛИРУЕМАЯ ЧИСТКА ЗУБОВ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ НАКОПЛЕНИЮ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, ОБУЧЕНИЕ ПРАВИЛАМ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА И ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ НАЗЫВАЕТСЯ

- !+профессиональная гигиена полости рта
- !индивидуальная гигиена полости рта
- !стоматологическое просвещение
- !профилактика стоматологических заболеваний

?ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАСТИКЕ ПРЕДДВЕРИЯ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+увеличение площади прикреплённой десны
- !прекращение воспаления в пародонте
- !частичное восстановление утраченных структур пародонта
- !устранение пародонтального кармана

?ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МУКО-ГИНГИВАЛЬНОЙ ПЛАСТИКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+фуркационный дефект третьего класса
- !короткая уздечка нижней губы
- !узкая зона прикреплённой десны
- !наличие рецессии десны

?ПОД ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКОЙ ПОНИМАЕТСЯ

- !+пластика преддверия полости рта
- !трансплантация соединительно-тканного лоскута с бугра верхней челюсти или твёрдого нёба
- !аутотрансплантация дермы
- !пластика уздечки языка

?ШВЫ ПОСЛЕ ГИНГИВОТОМИИ

- !+не накладывают
- !снимают на 3 день
- !накладывают непосредственно после операции
- !снимают через неделю

?ПРИ ГИНГИВЭКТОМИИ

- !+удаляют гипертрофированную десну или часть кармана
- !отслаивают слизисто-надкостничный лоскут
- !рассекают десну для получения гнойного экссудата
- !наносят Т-образный разрез на десну

?К НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ (НПВС), ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИНГИБИРУЮЩИМ ЦОГ-2, ОТНОСЯТ

- !+Мовалис
- !Кетонал
- !Ибупрофен
- !Напроксен

?ДЛЯ ВАНТОВОГО ШИНИРОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- !+арамидная нить
- !лигатурная проволока
- !Fiber-splint
- !Ribbond

?К МЕСТНЫМ АНТИСЕПТИКАМ, СОДЕРЖАЩИМ ХЛОРГЕКСИДИН, ОТНОСЯТ

- !+Элюдрил и Корсодил
- !Эльгидиум и Диоксиколь
- !Пародиум и Сангвиритрин
- !Корсодил и Катамин

?ДЛЯ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- !+Ваготил
- !Левомеколь
- !раствор Бриллиантового зелёного
- !Банеоцин

?ПАРОДОНТАЛЬНУЮ ПОВЯЗКУ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

- !+защиты кровяного сгустка от внешних воздействий после кюретажа
- !шинирования зубов после операции
- !шинирования зубов перед операцией
- !заполнения кармана во время гингивэктомии

?К АНТИБИОТИКАМ, ОБЛАДАЮЩИМ ТРОПНОСТЬЮ К КОСТНОЙ ТКАНИ, ОТНОСЯТ

- !+Клиндамицин
- !Азитромицин
- !Амоксиклав
- !Доксициклин

?К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА, СОДЕРЖАЩИМ МЕТРАНИДОЗОЛ, ОТНОСЯТ

- !+Метрогил-дента
- !Солкосерил
- !Левомеколь
- !Банеоцин

?ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ К ОТКРЫТОМУ КЮРЕТАЖУ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ЯВЛЯЕТСЯ КАРМАН

- !+5 мм
- !3-4 мм
- !ложный
- !более 5 мм

?К КРИТЕРИЯМ ВЫБОРА МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ОТНОСИТСЯ

- !+глубина пародонтального кармана
- !кровоточивость десны при чистке зубов
- !длительность заболевания
- !степень подвижности зубов

?АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+раствор Хлоргексидина
- !масло Шиповника
- !раствор Перекиси водорода 6%
- !Йодинол

?ПРИ КЮРЕТАЖЕ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА

- !+разрезы не применяют
- !отслаивают десневой лоскут
- !наносят разрезы по краю десны
- !иссекают пародонтальный карман

?ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ КЮРЕТАЖА ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА НАКЛАДЫВАЮТ

- !+изолирующую повязку
- !лечебную повязку
- !шов
- !изолирующую мембрану

?ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ОСТЕОГИНГИВОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+тяжёлая и средняя форма пародонтита
- !острый гингивит
- !хронический периодонтит
- !гипертрофический гингивит

?КЮРЕТА «MINI FIVE» ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

- !+манипуляций в узких глубоких карманах
- !удобного проникновения в карман и минимального травмирования мягких тканей пародонта
- !манипуляций в пародонтальных карманах глубиной более 5 мм
- !манипуляций в пародонтальных карманах глубиной более 3 мм

?КЮРЕТА ГРЕЙСИ 1/2 ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ ОБРАБОТКИ

- !+фронтальных зубов (все поверхности)
- !боковых зубов (все поверхности)
- !фронтальных зубов и премоляров (все поверхности)
- !боковых зубов (вестибулярная и оральная поверхности)

?ДЛЯ ОБРАБОТКИ МОЛЯРОВ (ДИСТАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ) ИСПОЛЬЗУЮТ КЮРЕТУ ГРЕЙСИ

- !+13/14
- !15/16
- !1/2
- !9/10

?ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ГОЛОВА ПАЦИЕНТА ДОЛЖНА БЫТЬ НАКЛОНЕНА

- !+вперёд
- !назад
- !влево
- !вправо

?К ОПУХОЛЕПОДОБНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ОДОНТОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- !+кератокиста
- !фиброма
- !папиллома
- !келоид

?ПРИ ДИФФУЗНОЙ ФОРМЕ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС МОЖЕТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ НА ОБЛАСТЬ

- !+верхнечелюстной пазухи
- !глазницы
- !дна полости рта
- !жирового тела щеки

?ПРИЧИНОЙ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА МОЖЕТ БЫТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ОТ ЗУБА

- !+1.6
- !1.1
- !1.3
- !2.2

?ПРИ БОЛЕЗНЕННОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ОТСУТСТВИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОМ СУСТАВЕ ВОЗМОЖЕН ДИАГНОЗ

!+мышечно-суставная дисфункция

!артрит

!артроз

!остеома суставного отростка нижней челюсти

?ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ХАРАКТЕРА ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+цитологический

!серологический

!иммунологический

!рентгенологический

?МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ХРОНИЧЕСКИЙ ЛИМФАДЕНИТ ОТ ДЕРМОИДНЫХ И ЭПИДЕРМОИДНЫХ КИСТ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+пункция

!сиалография

!ангиография

!сцинтиграфия

?ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ СУСТАВА ИСПОЛЬЗУЮТ

!+магниторезонансную томографию

!артрографию

!рентгенографию

!сцинтиграфию

?ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОНКРЕМЕНТА В ПРОТОКЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫПОЛНЯЮТ

!+рентгенографию

!зондирование

!перкуссию

!пальпацию

?РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+экстраоральная рентгенография

!артрография

!ангиография

!сиалография

?РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+сиалография

!ортопантомография

!лимфография

!телерентгенография

?УКЛАДКА ГОЛОВЫ ДЛЯ РЕНТГЕНОГРАФИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

!+носоподбородочная

!боковая нижней челюсти

!задняя полуаксиальная

!прямая нижней челюсти

?ДЛЯ РЕНТГЕНОГРАФИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИМЕНЯЮТ ПРОЕКЦИЮ

!+подбородочно-носовую

!подбородочно-верхнечелюстную

!боковую

!прямую

?ПРОЕКЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПЕРЕДНИЕ И ЗАДНИЕ СТЕНКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

!+носолобная

!носоподбородочная

!боковая

!прямая обзорная

?РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДИТСЯ В ПРОЕКЦИЯХ

!+боковой, прямой

!передней, задней

!носолобной

!носоподбородочной

?ДЛЯ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРОЕКЦИЯ

!+боковая

!передняя

!аксиальная

!косая

?ДЛЯ СИАЛОГРАФИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ВОДОНЕРАСТВОРИМОЕ ВЕЩЕСТВО

!+Йодолипол

!Верографин

!Кардиотраст

!Уротраст

?ПРИ НОРМАЛЬНО ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ЖЕЛЕЗЕ ПОСЛЕДНЯЯ ОСВОБОЖДАЕТСЯ ОТ ВОДОРАСТВОРИМОГО РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА ЧЕРЕЗ

!+3-5 минут

!10-20 минут

!2-3 часа

!2-3 дня

?В ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ОТНОШЕНИИ ДЛЯ СИАЛОГРАФИИ БОЛЕЕ ШАДЯЩИМИ ЯВЛЯЮТСЯ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫЕ ВЕЩЕСТВА

!+водорастворимые

!масляные

!спиртовые

!щелочные

?НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МОРФОЛОГИИ ЭЛЕМЕНТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ

!+томография височно-нижнечелюстных суставов

!панорамная рентгенография

!ортопантомография

!рентгенокинематография

?ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД

!+рентгенологического исследования

!измерения высоты нижнего отдела лица

!анализа функциональной окклюзии

!электромиографического исследования

?РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

!+гемодинамики

!сократительной способности мышц челюстно-лицевой области

!движения головок нижней челюсти

!размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава

?ПАРОТИТОМ ГЕРЦЕНБЕРГА НАЗЫВАЮТ СИАЛОАДЕНИТ

!+лимфогенный

!контактный

!бактериальный

!вызванный вирусом герпеса

?СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ЭПУЛИС МОЖЕТ БЫТЬ

!+ангиоматозным

!кавернозным

!плоскоклеточным

!эпителиальным

?АНКИЛОЗУ СВОЙСТВЕННА ФОРМА

!+костная

!гнойная

!катаральная

!серозная

?РАНУЛОЙ НАЗЫВАЕТСЯ КИСТА СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

!+подъязычной

!малой

!поднижнечелюстной

!околоушной

?ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ОТ ОЧАГА ИНФЕКЦИИ, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ПОЛОСТИ РТА, НАЗЫВАЮТ

!+одонтогенный синусит

!лимфаденит

!менингит

!риногенный синусит

?ИСТИННОЙ КИСТОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+ретенционная

!радикулярная

!лимфангиэктатическая

!резидуальная

?ИНФЕКЦИОННОЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОДНОГО ВОЛОСЯНОГО ФОЛЛИКУЛА ИЛИ САЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, РАСПРОСТРАНЯЮЩЕЕСЯ НА ОКРУЖАЮЩУЮ ПОДКОЖНО-ЖИРОВУЮ КЛЕТЧАТКУ, НАЗЫВАЮТ

!+фурункулом

!карбункулом

!фурункулёзом

!лимфаденитом

?ИНФЕКЦИОННОЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ ИЛИ САЛЬНЫХ ЖЕЛЁЗ, РАСПОЛОЖЕННЫХ ПО СОСЕДСТВУ ДРУГ С ДРУГОМ, НАЗЫВАЮТ

!+карбункулом

!фурункулёзом

!лимфаденитом

!фурункулом

?ГНОЙНОЕ РАСПЛАВЛЕНИЕ ЛИМФУУЗЛА С ПОСЛЕДУЮЩИМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА КЛЕТЧАТКУ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ОБЛАСТИ НАЗЫВАЮТ

!+аденофлегмоной

!фурункулом
!абсцессом
!лимфангитом

?УСИЛЕНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ И ЭКССУДАЦИИ, КЛЕТОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ В СТЕНКЕ ЛИМФАТИЧЕСКОГО СОСУДА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

!+лимфангита
!лимфаденита
!абсцесса
!аденофлегмоны

?ФОРМИРОВАНИЕ БОЛЕЗНЕННОЙ ПУСТУЛЫ С ГНОЙНЫМ СОДЕРЖИМЫМ В ОБЛАСТИ УСТЬЯ ВОЛОСЯНОГО ФOLЛИКУЛА НА НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

!+фурункула
!карбункула
!эпидермальной кисты
!лимфаденита

?ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ФУРУНКУЛА ПРОВОДЯТ С

!+нагноением эпидермальной кисты
!рожистым воспалением
!флегмоной
!гемангиомой

?ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ ЛУЧИСТЫМИ ГРИБАМИ-АКТИНОМИЦЕТАМИ, НАЗЫВАЮТ

!+актиномикозом
!рожей
!туберкулёзом
!сифилисом

?ХРОНИЧЕСКОЕ, СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗЫВАЕМОЕ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМОЙ, НАЗЫВАЮТ

!+сифилисом
!трихоэпителиозом
!туберкулёзом
!актиномикозом

?ОСТРЫЙ АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

!+острым отитом
!острым синуситом
!околоушным гипергидрозом
!переломом верхней челюсти

?ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ КОНТРАКТУРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+ограничение открывания рта
!верхняя макрогнатия
!снижение высоты прикуса
!укорочение ветвей нижней челюсти

?КОНТРАКТУРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ

!+воспалительная
!герпетическая
!множественная
!линейная

?ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+прогрессирующее разрушение головок височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
!бессимптомное течение заболевания
!прогения
!стойкая контрактура

?ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТАХ ПРОИСХОДИТ ИЗМЕНЕНИЕ В СУСТАВЕ

!+некроз хряща
!набухание диска
!увеличение синовиальной жидкости
!растяжение капсулы

?СИФИЛИТИЧЕСКИЙ АРТРИТ ИМЕЕТ ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

!+вялое
!быстрое
!прогрессирующее
!острое

?ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+невозможность сомкнуть зубы
!слезотечение
!снижение высоты прикуса
!заложенность в ухе

?РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СИМПТОМА «ПТИЧЬЕ ЛИЦО» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

!+анкилоза
!острого артрита

!хронического артрита
!рубцовой контрактуры

?ПРИЧИНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+абсцессы челюстно-лицевой области
!артрит височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
!артроз височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
!флебит угловой вены

?ВЫПАДЕНИЕ ЗУБА ИЗ ЕГО ЛУНКИ НАЗЫВАЮТ

!+полным вывихом
!вколоченным вывихом
!неполным вывихом
!переломом корня

?КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+отёк переходной складки
!гематома лица
!гиперемия лица
!выбухание подъязычных валиков

?ПРИ НЕВРАЛГИИ I ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

!+в верхней трети лица
!в нижней трети лица
!в носогубной складке

?ПРИ НЕВРАЛГИИ II ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

!+в средней трети лица
!по всему лицу
!на боковой поверхности шеи
!в верхней трети лица

?ПРИ НЕВРАЛГИИ III ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

!+в нижней трети лица
!по всему лицу
!на боковой поверхности шеи
!в верхней трети лица

?ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ

!+твёрдого шанкра
!афт
!розеолёзных элементов
!папул

?ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

!+3-6 лет
!1 месяц
!6 месяцев
!1 год

?ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

!+гуммы
!розеолёзных элементов
!твёрдого шанкра
!эрозивных сифилид

?ПРИ СИНДРОМЕ ШЕГРЕНА ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

!+ксеростомия
!гиперсаливация
!боль
!отёк

?ПОСТОЯННАЯ ГИПОСАЛИВАЦИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

!+болезни Шегрена
!гепатите А
!гипотиреозе
!актиномикозе

?ПРИ БОЛЕЗНИ МИКУЛИЧА СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

!+плотные и безболезненные
!не изменены
!мягкие и болезненные
!плотные и болезненные

?СИМПТОМ «СЛЮННОЙ КОЛИКИ» ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ПАРОТИТЕ

!+калькулёзом
!эпидемическом
!паренхиматозном
!лимфогенном

?ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОЧАГ ДЕСТРУКЦИИ КОСТИ У ВЕРХУШКИ КОРНЯ ИМЕЕТ

!+нечёткие контуры

!чёткие контуры

!вид неизменённого периодонта

!вид «таящего сахара»

?ДААННЫЕ ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКИ (ЭОД) ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОДОНТИТЕ СООТВЕТСТВУЮТ ВЕЛИЧИНАМ (МА)

!80-100

!10-20

!40-60

!60-80

?ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПЕРИОСТИТА С ОСТЕОМИЕЛИТОМ (В ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ), КИСТОЙ И ОСТЕОМОЙ ПРОВОДЯТ НА ОСНОВАНИИ

!+клинико-рентгенологических данных

!анамнестических данных

!инцизионной биопсии

!цитологических данных

?ПРИЗНАКОМ ЛОЖНОГО ПАРОТИТА ГЕРЦЕНБЕРГА НА СИАЛОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ

!+отсутствие изменений

!скопление контрастной массы в паренхиме

!сужение протоков в паренхиме

!сужение выводного протока

?СИАЛОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ЛИМФОГЕННОГО ПАРОТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СКОПЛЕНИЕМ РЕНТГЕНКОНТРАСТНОЙ МАССЫ В ПАРЕНХИМЕ ЖЕЛЕЗЫ В ВИДЕ

!+«чернильного пятна»

!«гроздьев винограда»

!сужения протоков паренхимы

!сужения устья протока слюнной железы

?ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

!+деформация головки мыщелкового отростка

!смещение суставной головки

!расширение суставной щели

!отсутствие суставной щели

?СРЕДНЯЯ ШИРИНА ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЕТ (ММ)

!+0,15-0,22

!0,07-0,1

!0,1-0,15

!0,25-0,35

?СРЕДНЯЯ ШИРИНА ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЕТ (ММ)

!+0,2-0,25

!0,15-0,2

!0,25-0,35

!0,35-0,4

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ПЕРИОДОНТИТА ОТНОСЯТ

!+нерезкие, тупые ноющие боли в причинном зубе

!подвижность причинного зуба и соседних с ним

!гиперемия кожи, невозможность собрать её в складку

!сглаженность переходной складки

?ПРИ ОСТРОМ ВЕРХУШЕЧНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ БОЛЬ В ЗУБЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

!+отёка и инфильтрации периодонта

!отёка пародонта

!некроза костных балок лунки

!гибели пульпы

?ПРИ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТИ ПАЦИЕНТ В ОСНОВНОМ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛЬ В

!+челюсти и припухлость лица

!челюсти при смыкании зубов

!причинном зубе и при глотании

!в нескольких зубах при жевании

?ОТЁК ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ

!+центральных и боковых резцов

!премоляров

!первого и второго моляров

!третьего моляра

?ОТЁК ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ

!+клыка и премоляра

!второго и третьего моляров

!первого и второго моляров

!бокового резца и первого премоляра

?ОТЁК ЩЁЧНОЙ И СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ

- !+моляров
- !клыка и премоляров
- !резцов и клыка
- !премоляров

?БОЛЕЗНЕННОЕ ГЛОТАНИЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ

- !+моляров нижней челюсти с язычной стороны
- !премоляров нижней челюсти с язычной стороны
- !премоляров верхней челюсти с вестибулярной стороны
- !премоляров верхней челюсти с небной стороны

?ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОТЁКА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПРИ ПЕРИОСТИТЕ БОЛЬ В ЗУБЕ

- !+уменьшается
- !усиливается
- !не меняет интенсивности
- !становится более локализованной

?ВЕРХНЕЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- !+глазничная поверхность
- !альвеолярный отросток
- !носовая поверхность
- !подвисочная поверхность

?НИЖНЕЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- !+альвеолярный отросток
- !носовая поверхность
- !подвисочная поверхность
- !глазничная поверхность

?ВНУТРЕННЕЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- !+носовая поверхность
- !альвеолярный отросток
- !подвисочная поверхность
- !глазничная поверхность

?ТОЛЬКО ПРИ ПАЛЬПАТОРНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

- !+консистенцию тканей
- !глубину пародонтальных карманов
- !цитологическую картину патологического процесса
- !характер внутрикостных изменений патологического очага

?КОЛИЧЕСТВО ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ СОСТАВЛЯЕТ

- !+1-4
- !10-15
- !8-10
- !5-8

?ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ В

- !+поднижнечелюстном треугольнике
- !подподбородочном треугольнике
- !позадичелюстной области
- !подъязычной области

?ЛИМФА ОТ НИЖНИХ РЕЗЦОВ И КЛЫКА ВПАДАЕТ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

- !+подбородочные
- !лицевые
- !поднижнечелюстные
- !заглоточные

?ЛИМФА ОТ ЩЕКИ И ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ОТТЕКАЕТ В ГРУППУ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

- !+поднижнечелюстную
- !подбородочную
- !щёчную
- !околоушную

?ВЫРАЖЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ОРГАНИЗМА СОПРОВОЖДАЕТ

- !+острый остеомиелит
- !острый периодонтит
- !хронический остеомиелит
- !хронический периодонтит

?СИМПТОМ ВЕНСАНА ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- !+остром остеомиелите в области нижних моляров
- !остром периодонтите нижних моляров
- !периостите в области нижних моляров
- !радикулярной кисте в области нижних резцов

?ПОДВИЖНОСТЬ ПРИЧИННОГО ЗУБА, А ТАКЖЕ СОСЕДНИХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- !+острого остеомиелита
- !хронического периодонтита
- !острого периостита
- !хронического периостита

?ПРИЧИНОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+расположение зубов в зоне секвестрации
- !несвоевременное удаление "причинного зуба"
- !разрушение круговой связки зуба
- !гибель пульпы зуба

?ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА СООБЩАЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ НОСА ЧЕРЕЗ

- !+средний носовой ход
- !верхний носовой ход
- !нижний носовой ход
- !верхнюю глазничную щель

?ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ КОНТРАКТУРА II СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- !+расстояние между центральными резцами не превышает 1 см
- !расстояние между центральными резцами не превышает 0,5 см
- !расстояние между центральными резцами не превышает 2 см
- !челюсти плотно сведены, самостоятельное открывание рта невозможно

?ПОСТОЯННАЯ БОЛЬ В ЗУБЕ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ НАГРУЗКЕ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ОСТРОГО

- !+периодонтита
- !пульпита
- !периостита
- !остеомиелита

?ПЛОТНЫЙ БОЛЕЗНЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ В ОБЛАСТИ РАЗРУШЕННОГО ЗУБА 3.6 ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- !+острого гнойного периостита нижней челюсти
- !острого периодонтита
- !острого остеомиелита нижней челюсти
- !обострения хронического остеомиелита нижней челюсти

?ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+вестибулярная
- !нёбная
- !язычная
- !ретромолярная

?ФОКУС ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- !+кости
- !мягких тканях
- !надкостнице
- !периодонте

?КОНФИГУРАЦИЯ ЛИЦА ПРИ ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

- !+не изменена
- !изменена за счёт инфильтрата
- !изменена за счёт отёка мягких тканей
- !изменена за счёт выраженной деформации

?ПЕРКУССИЯ ЗУБОВ В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПРИЧИННОГО ЗУБА

- !+и соседних зубов болезненна
- !болезненна
- !безболезненна
- !безболезненна, соседних зубов болезненна

?РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ

- !+увеличены, болезненны
- !увеличены, безболезненны
- !не пальпируются
- !не увеличены, безболезненны

?ОТЁК МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ПЕРИКОРОНИТЕ ДИСТАЛЬНОЕ НИЖНИХ ВОСЬМЫХ ЗУБОВ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ

- !+поднижнечелюстной
- !скуловой
- !подглазничной
- !околоушно-жевательной

?«КАПЮШОН» НАД РЕТЕНИРОВАННЫМ И ДИСТОПИРОВАННЫМ ЗУБОМ СОДЕРЖИТ

- !+слизистую оболочку, подслизистый слой, надкостницу и мышечные волокна
- !только слизистую оболочку
- !слизистую оболочку, подслизистый слой
- !слизистую оболочку, подслизистый слой, надкостницу

?В НОРМЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- !+отсутствие каких-либо звуковых явлений

!щёлканье
!хруст
!крепитация

?ХРОНИЧЕСКИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ ЗУБА ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ

!+радикулярной кисты
!кератокисты
!фолликулярной кисты
!амелобластомы

?ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+близость верхушек корней моляров и премоляров верхней челюсти к нижней стенке верхнечелюстной пазухи
!склеротический тип строения верхнечелюстной пазухи
!глубокое преддверие рта в области боковой группы зубов
!окклюзионная травма моляров верхней челюсти

?ПРОДУКТИВНАЯ ФОРМА ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

!+значительным периостальным и эндостальным новообразованием кости
!двусторонним поднадкостничным абсцессом
!выбуханием челюсти в проекции причинного зуба
!наличием свищевых ходов

?СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКВЕСТРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЮТ

!+3-4 недели
!3 -4 дня
!2-3 года
!7-10 дней

?СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКВЕСТРОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЮТ

!+6-14 недель
!2-3 года
!3-4 недели
!7-10 дней

?ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТА С НАЛИЧИЕМ СВИЩЕВОГО ХОДА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА БЫЛО ВЫЯСНЕНО, ЧТО

!+несколько месяцев назад был удалён зуб на верхней челюсти
!заболеванию предшествовала боль с иррадиацией в висок
!нос заложен с одной стороны
!нос заложен с двух сторон

?ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФАДЕНИТА ОТ МЕТАСТАЗА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

!+цитологическое исследование пунктата
!сиалометрия по методу Андреевой
!электроодонтодиагностика (ЭОД)
!длиннофокусная рентгенография

?ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА (ЭОД) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

!+пульпита и периодонтита
!периодонтита и периостита
!периостита и остеомиелита
!остеомиелита и флегмоны

?ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТЕОМИЕЛИТ В ОСТРОЙ СТАДИИ ОТ ПЕРИОСТИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЗВОЛЯЕТ СИМПТОМ

!+Венсана
!Воскресенского
!Герке
!Пастернацкого

?ФОЛЛИКУЛЯРНЮЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

!+амелобластомой
!одонтомой
!твёрдой одонтомой
!цементомой

?КИСТА ЧЕЛЮСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

!+опухолеподобное образование
!соединительнотканную опухоль
!эпителиальную опухоль
!стадию развития инфильтрата

?ОДОНТОГЕННЫМ ГАЙМОРИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕ

!+верхнечелюстного синуса
!лобной пазухи
!основной пазухи
!лобной, основной, верхнечелюстной пазух

?ВОСПАЛЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ОКРУЖАЮЩИХ КОРОНКУ ПРОРЕЗЫВАЮЩЕГОСЯ ЗУБА, НАЗЫВАЕТСЯ

!+перикоронит
!периостит

!периодонтит
!остеомиелит

?ЗАДЕРЖКА ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА ЧЕРЕЗ КОМПАКТНУЮ ПЛАСТИНКУ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

!+ретенция зуба
!дистопия зуба
!перикоронит
!альвеолит

?НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ

!+дистопия зуба
!ретенция зуба
!альвеолит
!перикоронит

?ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ЛУНКЕ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, НАЗЫВАЕТСЯ

!+альвеолит
!перикоронит
!периостит
!периодонтит

?ИНФЕКЦИОННЫЙ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

!+остеомиелит
!периостит
!периодонтит
!альвеолит

?РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИКОРОНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК ОЧАГ РАЗРЕЖЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ В ОБЛАСТИ

!+коронки зуба полулунной формы
!апикальной с нечёткими контурами
!апикальной с чёткими контурами
!бифуркации корней

?В СРЕДНЕМ ДИАМЕТР ОЧАГА РЕЗОРЦИИ КОСТИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛЕМАТОЗНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ (СМ)

!+0,5-0,7
!0,8-1,0
!1,0-1,2
!1,3-1,5

?НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

!+расширение периодонтальной щели или норма
!очаг деструкции костной ткани с чёткими контурами
!разрежение костной ткани с нечёткими контурами
!тень секвестра

?ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ КОРНЯ ПРИЧИННОГО ЗУБА, ОБРАЩЁННОГО В ПОЛОСТЬ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ

!+не прослеживается
!чётко контурируется
!сужена
!расширена

?ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ Фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани в виде

!+очага с чёткими границами и тенью зуба в полости
!«таящего сахара»
!полости с нечёткими границами
!очага с чёткими контурами в области верхушек или нескольких зубов

?НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕКВЕСТРАЛЬНАЯ КОРОБКА (УПЛОТНЁННЫЙ СЛОЙ КОСТНОГО ВЕЩЕСТВА, ОТГРАНИЧИВАЮЩИЙ ЗДОРОВУЮ ТКАНЬ ОТ РАССАСЫВАЮЩЕГОСЯ СЕКВЕСТРА) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

!+новообразованную костную ткань вокруг секвестра
!участки резорбции костной ткани с чёткими границами
!отделившиеся секвестры
!участки резорбции костной ткани с нечёткими границами

?ПРИ СЕКВЕСТРИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ ОСТЕОМИЕЛИТА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

!+один или несколько очагов резорбции с тенью секвестра в центре
!очаг деструкции кости с множеством мелких секвестров
!эндостальное и периостальное новообразование кости
!ossiфикация утолщённого периоста

?ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

!+равномерное расширение периодонтальной щели
!разрежение кости в области верхушки корня зуба с нечеткими контурами
!разрежение кости в области верхушки корня зуба с четкими контурами
!разрежение кости в области верхушки корня зуба округлой формы более 1 см

?РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕГО ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+очаг резорбции костной ткани с нечёткими контурами
!очаг резорбции костной ткани с мелкими секвестрами

!очаг резорбции костной ткани с чёткими контурами
!раширение периодонтальной щели

?РАДИКУЛЯРНАЯ КИСТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ОТТЕСНЯТЬ

!+стенку нижнечелюстного канала
!кльковую ямку
!ярёмную вырезку
!подбородочный симфиз

?ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ ПРОВОДЯТ

!+гистологическое исследование оболочки
!клинический анализ крови
!цитологическое исследование
!пломбирование канала причинного зуба

?ИНДЕКС РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАВНЫЙ 0,9, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ

!+штифтовой конструкции
!вкладки
!полукоронки
!экваторной коронки

?ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

!+включённый дефект зубного ряда
!дефект естественной коронки зуба
!повышенное стирание зубов
!пародонтит тяжёлой степени

?ИНДЕКС РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАВНЫЙ 0,45, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ

!+вкладки
!полукоронки
!штифтового зуба
!экваторной коронки

?ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ ШТИФТОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+разрушение коронковой части зуба на уровне дёсенного края
!отлом угла режущего края зуба
!разрушение корня зуба на Уз
!кариозная полость I класса по Блэку

?ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

!+отсутствие зубов по причине травмы или пародонтита
!множественный кариес
!деформация зубных рядов
!артроз височно-нижнечелюстного сустава

?ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ЧАСТЬ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ ВОКОВЫХ ЗУБОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕСНЕ

!+не касается
!касается по всей поверхности
!касается в двух точках
!касается в одной точке

?К ФОРМАМ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ОТНОСЯТСЯ

!+седловидная, промывная, касательная
!промывная, цельнолитая, диаторическая
!касательная, перекрёстная, с гирляндой
!седловидная, промывная, с гирляндой

?НЕСЪЕМНЫЕ МОСТОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПО СПОСОБУ ПЕРЕДАЧИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К

!+физиологическим
!полуфизиологическим
!нефизиологическим
!анатомио-физиологичным

?БЮГЕЛЬНЫЙ ПРОТЕЗ ПЕРЕДАЁТ ЖЕВАТЕЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА

!+слизистую оболочку протезного ложа и естественные зубы
!естественные зубы
!височно-нижнечелюстной сустав
!слизистую оболочку полости рта, мышцы

?ДЛЯ ПРИПАСОВКИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ В КЛИНИКЕ ВРАЧ ПОЛУЧАЕТ ИЗ ЛАБОРАТОРИИ КОРОНКУ НА

!+разборной гипсовой модели
!гипсовой модели
!гипсовом столбике
!металлическом штампе

?МИКРОПРОТЕЗ, ВОССТАНАВЛИВАЮЩИЙ АНАТОМИЧЕСКУЮ ФОРМУ ЗУБА И РАСПОЛОЖЕННЫЙ НА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕЗ ПЕРЕКРЫТИЯ БУГОРКОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

!+inlay
!pinlay
!onlay

!overlay

?ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ КЕРАМИЧЕСКОЙ ВКЛАДКИ ПОЛОСТЬ ЗУБА ОБРАБАТЫВАЮТ ФОСФОРНОЙ КИСЛОТОЙ В ТЕЧЕНИЕ (СЕК)

!+15

!5

!40

!50

?ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ШТАМПОВАННОЙ КОРОНКИ МОДЕЛИРОВКА ВОСКОМ ПРОИЗВОДИТСЯ НА

!+гипсовой модели

!гипсовом штампе

!разборной модели

!огнеупорной модели

?ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ФИКСАЦИИ ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПРИМЕНЯЮТ

!+цементы

!репин

!масляный дентин

!акриловые пластмассы

?ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ КЕРАМИЧЕСКУЮ МАССУ НАНОСЯТ НА

!+литой колпачок

!штампованный колпачок

!платиновый колпачок

!штампик из огнеупорного материала

?ЭФФЕКТ «ШИРОКОЙ» ЛИТОЙ КОРОНКИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

!+нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака

!получении оттиска без проведения ретракции десны

!уточнении пришеечной области воском при моделировании каркаса

!препарировании зуба без создания уступа

?РАЗБОРНАЯ ГИПСОВАЯ МОДЕЛЬ ОТЛИВАЕТСЯ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ

!+цельнолитой коронки

!штампованной коронки

!бюгельного протеза

!пластиночного протеза

?ПЕРВЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+препарирование зуба

!определение цвета керамической облицовки

!определение центральной окклюзии

!изготовление временной пластмассовой коронки

?ПРЕПАРИРОВАНИЕ ЗУБА ПОД КОРОНКУ ПРОВОДЯТ

!+алмазными борами

!твёрдосплавными борами

!карборундовыми фрезами

!металлическими фрезами

?КОЛИЧЕСТВО УДАЛЯЕМЫХ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПО ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПОД ИСКУССТВЕННУЮ КОРОНКУ ЗАВИСИТ ОТ

!+конструкции коронки

!фиксирующего материала

!возраста пациента

!анатомической формы зуба

?ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБОВ ПОД ШТАМПОВАННЫЕ КОРОНКИ КУЛЬТЯ ЗУБА СОЗДАЁТСЯ

!+в форме цилиндра

!в виде обратного конуса

!в виде куба

!с сохранённым экватором зуба

?МОДЕЛИРОВАНИЕ ВКЛАДКИ ПРЯМЫМ МЕТОДОМ ПРОВОДИТСЯ

!+непосредственно в отпрепарированной полости зуба

!на модели в окклюдаторе

!на компьютере

!на модели в артикуляторе

?ПОСЛЕДНИМ КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+фиксация

!проверка плотности прилегания внутренней поверхности коронки к культе зуба

!коррекция окклюзионных контактов коронки с зубами-антагонистами

!коррекция контактных пунктов

?МОДЕЛИРОВАНИЕ ВКЛАДКИ НЕПРЯМЫМ МЕТОДОМ ПРОВОДИТСЯ

!+на разборной гипсовой модели

!на оттиске

!на бумаге

!в полости рта

?ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЗУБА НА ГИПСОВОЙ МОДЕЛИ ПРИМЕНЯЮТ ВОСК

!+моделировочный для мостовидных протезов

!базисный

!липкий

!лавакс

?ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ШТИФТОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИНА ШТИФТА ОТНОСИТЕЛЬНО ДЛИНЫ КОРНЯ СОСТАВЛЯЕТ

!+2/3

!1/3

!1/2

!всю длину корня

?ЗАДНИЙ КРАЙ ПРОТЕЗА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ

!+должен перекрывать линию «А» на 1 -2 мм

!не должен доходить до линии «А» на 5 мм

!должен заканчиваться на линии «А»

!должен перекрывать линию «А» на 3 -4 мм

?ПО КЛАССИФИКАЦИИ ОКСМАНА ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ РАВНОМЕРНАЯ АТРОФИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ БЕЗЗУВОЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ К ТИПУ

!+3

!1

!2

!4

?НАИБОЛЕЕ ПОДАТЛИВОЙ СЧИТАЕТСЯ ЗОНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

!+задняя треть твёрдого нёба

!альвеолярный отросток

!область поперечных складок

!область сагиттального шва

?СРОК ПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ СОСТАВЛЯЕТ

!+3-4 года

!10 лет

!не более 2 лет

!не менее 5 лет

?ГАЗОВАЯ ПОРИСТОСТЬ БАЗИСА ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ВОЗНИКАЕТ ПО ПРИЧИНЕ

!+быстрого нагрева кюветы

!недостаточного сжатия пластмассы

!быстрого охлаждения кюветы

!нарушения пропорций полимера и мономера

?ОПТИМАЛЬНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+диагональное

!сагиттальное

!поперечное

!вестибуло-оральное

?ОПТИМАЛЬНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+поперечное

!диагональное

!сагиттальное

!вестибуло-оральное

?ФАЗА РАЗДРАЖЕНИЯ ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ ПРИ АДАПТАЦИИ К СЪЁМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ ДЛИТСЯ В СРЕДНЕМ (ЧАС)

!+24

!12

!48

!72

?ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ПРОТЯЖЁННОСТЬЮ (ПО КОЛИЧЕСТВУ ОТСУТСТВУЮЩИХ ЗУБОВ)

!+от 1 до 16

!от 3 до 5

!от 5 до 10

!от 6 до 14

?ПАКОВКА ПЛАСТМАССЫ В КЮВЕТУ ПРОВОДИТСЯ НА СТАДИИ

!+тестообразной

!песочной

!тянущихся нитей

!резиноподобной

?ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПЛОТНОСТЬ ФИССУРНО-БУГОРКОВОГО КОНТАКТА МЕЖДУ ИСКУССТВЕННЫМИ ЗУБАМИ И ЗУБАМИ-АНТАГОНИСТАМИ ПРОВЕРЯЕТСЯ НА ЭТАПЕ

!+проверки конструкции съёмного протеза

!припасовки индивидуальной ложки

!определения центрального соотношения челюстей

!определения центральной окклюзии

?ДЛЯ ПОЧИНКИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОТЛОМЕ УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА СНИМАЮТ ОТТИСК С ЧЕЛЮСТИ

- !+нижней с протезом
- !нижней без протеза
- !верхней без протеза
- !верхней с протезом

?ТЕЛЕСКОПИЧЕСКАЯ КОРОНКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ПРОТЕЗА

- !+пластиночного при частичном отсутствии зубов
- !консольного при частичном отсутствии зубов
- !несъёмного мостовидного протеза
- !пластиночного при полном отсутствии зубов

?СЪЁМНЫЕ ПЛАСТИНОЧНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПРИ ЧАСТИЧНОМ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА ПО СПОСОБУ ПЕРЕДАЧИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К

- !+нефизиологичным
- !физиологичным
- !полуфизиологичным
- !анатомо-физиологичным

?ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛУЖИТ РАСПОЛОЖЕНИЕ

- !+линии эстетического центра лица
- !носо-губных складок
- !фильтрума верхней губы
- !крыльев носа

?ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ПРИПАСОВКА СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ

- !+врачом в полости рта
- !зубным техником на модели
- !врачом на модели
- !зубным техником на модели, затем врачом в полости рта

?В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ЯЗЫЧНОЙ СТОРОНЫ ГРАНИЦА БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА

- !+перекрывает зубные бугорки резцов и клыков
- !проходит в пришеечной области (до зубных бугорков)
- !доходит до экватора сохранившихся зубов
- !доходит почти до окклюзионной поверхности зубов

?ПРИ НАНЕСЕНИИ ОРИЕНТИРОВ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ЛИНИЯ, ОПУЩЕННАЯ ОТ КРЫЛА НОСА, СООТВЕТСТВУЕТ

- !+середине клыка
- !медиальной поверхности клыка
- !дистальной поверхности клыка
- !середине первого премоляра

?ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНУ СОЗДАЮТ УСТУП ПОД УГЛОМ

- !+90° круговой
- !135° круговой
- !135° только с вестибулярной стороны
- !90° только с вестибулярной стороны

?ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ШТАМПОВАННУЮ КОРОНКУ КУЛЬТЕ ЗУБА ПРИДАЮТ ФОРМУ

- !+цилиндра с параллельными стенками
- !с сохранением экватора с вестибулярной стороны зуба
- !в виде конуса
- !в виде обратного конуса

?ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНОК МЕТОДОМ НАРУЖНОЙ ШТАМПОВКИ ПРИМЕНЯЮТ ШТАМПЫ, ОТЛИТЫЕ ИЗ

- !+легкоплавкого сплава
- !нержавеющей стали
- !хромо-кобальтового сплава
- !серебряно-палладиевого сплава

?СОЗДАНИЕ ЧРЕЗМЕРНОЙ КОНУСНОСТИ КУЛЬТЫ ЗУБА ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ ПРИВОДИТ К

- !+ослаблению фиксации коронки
- !травме пародонта
- !затруднённому положению коронки
- !эстетическому дефекту в области шейки зуба

?ПРИПАСОВКА ОПОРНЫХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ ОТДЕЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА

- !+штамповано-паяного
- !любого
- !цельнолитого
- !металлокерамического

?ПЕРЕД СНЯТИЕМ ДВУХСЛОЙНОГО ОТТИСКА РЕТРАКЦИЯ ДЕСНЫ НЕОБХОДИМА, ЧТОБЫ

- !+получить точный отпечаток поддесневой части зуба
- !получить точный отпечаток наддесневой части зуба
- !остановить кровотечение
- !обезболить десневой край

?ИЗУЧЕНИЕ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ В ПАРАЛЛЕЛОМЕТРЕ НЕОБХОДИМО ДЛЯ

- !+выбора пути введения бюгельного протеза
- !определения центральной окклюзии
- !определения методики дублирования модели
- !выбора модели

?ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИММЕДИАТ ПРОТЕЗЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТ

- !+до оперативного вмешательства
- !через 3 дня после удаления зубов
- !через 5 -7 дней после удаления зубов
- !через 2 недели после удаления зубов

?ФОРМОЙ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+касательная
- !седловидная
- !промывная
- !диаторическая

?ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗ НАКЛАДЫВАЕТСЯ В ПОЛОСТЬ РТА

- !+в первые 2-4 часа после удаления зуба
- !в первые 24 часа после удаления зуба
- !на 2-12 сутки
- !через 1 -2 месяца

?ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНОЙ КОНСТРУКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ОПОРНЫХ ЗУБОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- !+функциональной перегрузке пародонта опорных зубов
- !повышенному стиранию зубов-антагонистов
- !множественному кариесу
- !флюрозу эмали

?ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ТЕЛА КЛАММЕРА СОСТОИТ В

- !+соединении всех элементов кламмера и стабилизирующей функции
- !соединении кламмера с металлическим каркасом
- !фиксирующей функции
- !опорной и удерживающей функциях

?ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ СОСТОИТ В

- !+передаче жевательного давления на пародонт опорных зубов
- !фиксации протеза
- !ретенции протеза
- !опорной и удерживающей функциях

?МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ КЛАММЕРА ДОЛЖНО ИМЕТЬ ФОРМУ

- !+ложечкообразную
- !плоскую
- !ласточкина хвоста
- !квадрата

?ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИЮ

- !+опорную
- !стабилизирующую
- !ретенционную
- !соединения самого кламмера с металлическим каркасом бюгельного протеза

?ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА РАСПОЛАГАЕТСЯ

- !+на межбугорковой бороздке премоляров и моляров
- !в области шейки зуба
- !на режущем крае зуба
- !на дентальном бугре клыков

?ЗОНОЙ РАСПОЛОЖЕНИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ ЧАСТИ ПЛЕЧА КЛАММЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+гингивальная
- !жевательная поверхность
- !экватор
- !окклюзионная

?ФУНКЦИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ ЧАСТИ ПЛЕЧА КЛАММЕРА СОСТОИТ В

- !+фиксации протеза
- !шинировании зуба
- !перераспределении жевательной нагрузки
- !опоре

?ЧАСТЬ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ОТ ВЕРТИКАЛЬНЫХ СМЕЩЕНИЙ, РАСПОЛАГАЕТСЯ В ЗОНЕ

- !+ретенционной
- !поднутрения
- !окклюзионной
- !безопасности

?ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ ЛИЦЕВОЙ ДУГИ СОСТОИТ В

- !+установке модели верхней челюсти в артикулятор
- !записи суставных углов
- !записи движений нижней челюсти
- !записи резцового пути

?ЗУБНЫМ ПРОТЕЗОМ, ВОССТАНАВЛИВАЮЩИМ АНАТОМИЧЕСКУЮ ФОРМУ ЗУБА, ЯВЛЯЕТСЯ

- !искусственная коронка
- !каркас металлопластмассовой коронки
- !культевая вкладка
- !каркас металлокерамической коронки

?МЕТАЛЛИЧЕСКАЯ ШТАМПОВАННАЯ КОРОНКА СВОИМ КРАЕМ ПОГРУЖАЕТСЯ В ЗУБОВЕДНЕВОЙ ЖЕЛОБОК НЕ БОЛЕЕ, ЧЕМ НА (ММ)

- !+0,3
- !0,5-1,0
- !1,0-1,5
- !1,5-2,0

?К КОРОНКАМ ЖАКЕТА ОТНОСИТСЯ

- !+фарфоровая
- !металлокерамическая
- !литая
- !штапованная

?К ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКИМ КОРОНКАМ ОТНОСЯТСЯ

- !+штапованные, литые
- !металлокерамические
- !металлоакриловые
- !пластмассовые

?К КОМБИНИРОВАННЫМ КОРОНКАМ ОТНОСИТСЯ

- !+металлокерамическая
- !фарфоровая
- !пластмассовая
- !литая

?К НЕМЕТАЛЛИЧЕСКИМ КОРОНКАМ МОЖНО ОТНЕСТИ

- !+фарфоровые, пластмассовые
- !металлокерамические
- !металлоакриловые
- !цельнолитые

?ПО МАТЕРИАЛУ КОРОНКИ РАЗЛИЧАЮТ

- !+металлические, неметаллические, комбинированные
- !литые, штапованные
- !штапованные
- !полимеризованные

?ПО НАЗНАЧЕНИЮ КОРОНКИ БЫВАЮТ

- !+опорные, шинирующие, восстановительные
- !металлокерамические, металлопластмассовые
- !литые, полимеризованные
- !пластмассовые, композитные

?ПО МЕТОДУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНКИ БЫВАЮТ

- !+штапованные, полимеризованные, литые,
- !пластмассовые, фарфоровые
- !восстановительные, опорные
- !опорные, металлокерамические

?ПРИ ИНДЕКСЕ РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПО В.Ю. МИЛИКЕВИЧУ (ИРОПЗ) = 0,6 ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

- !искусственной коронкой
- !вкладкой
- !штифтовой конструкцией
- !пломбой

?ПРИ ИНДЕКСЕ РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПО В.Ю. МИЛИКЕВИЧУ (ИРОПЗ) = 0,8 ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

- !штифтовой конструкцией
- !пломбой
- !вкладкой
- !искусственной коронкой

?ПЛАСТМАССОВАЯ КОРОНКА ИЗГОТОВЛИВАЕТСЯ ИЗ

- !+акриловых пластмасс
- !термопластических масс
- !силиконовых масс
- !альгинатных масс

?ТЕЛЕСКОПИЧЕСКАЯ КОРОНКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ КОЛПАЧОК, СВЕРХУ ПОКРЫВАЮЩИЙСЯ КОРОНКОЙ

!+металлический; металлической

!фарфоровый; фарфоровой

!пластмассовый; пластмассовой

!пластмассовый; металлической

?ПРИ ОТЛОМЕ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА НА УРОВНЕ ДЕСНЫ ЗУБ ВОССТАНАВЛИВАЮТ

!+штифтовой конструкцией

!экваторной коронкой

!полукоронкой

!съёмным протезом

?ПОЛУКОРОНКИ ПРИМЕНЯЮТ НА ГРУППЫ ЗУБОВ

!+фронтальные и премоляры

!моляры нижней челюсти

!моляры верхней челюсти

!только премоляры

?ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ И ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА

!+пропорциональности верхнего, среднего и нижнего отделов лица

!восстановлении правильной конфигурации лица по внешнему виду пациента и является описательным

!определении высоты относительного физиологического покоя нижней челюсти и наличии свободного межокклюзионного промежутка

!наличии свободного межокклюзионного промежутка

?ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ПРОТЕЗОВ ВОСКОВЫЕ БАЗИСЫ С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

!+центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей

!высоты нижнего отдела лица

!высоты относительного физиологического покоя

!жевательной эффективности

?ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПО КЛАССИЧЕСКОЙ ОДНОПОЛОСТНОЙ МЕТОДИКЕ ПОД ЛИТУЮ КОРОНКУ СОЗДАЮТ КОНУСНОСТЬ СТЕНОК, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСЫ)

!+6-8

!10-15

!15-20

!20-25

?ЖЕВАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ШТАМПОВАННОЙ СТАЛЬНОЙ КОРОНКИ СОШЛИФОВЫВАЮТ НА (ММ)

!+0,2-0,3

!0,5-0,6

!0,7-0,8

!0,9-1,0

?ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ФАРФОРОВОЙ КОРОНКИ НА ФРОНТАЛЬНУЮ ГРУППУ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ФОРМИРУЮТ УСТУП

!+по всему периметру зуба

!только на небной поверхности зуба

!на вестибулярной и апроксимальных сторонах

!только с апроксимальных сторон

?ПРИ ОДНОПЛОСКОСТНОМ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ СОЗДАЮТ КОНУСНОСТЬ СТЕНОК, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСЫ)

!+6-8

!10-15

!15-20

!20 - 25

?УСТУП ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ ФОРМИРУЮТ ПОД УГЛОМ (ГРАДУСЫ)

!+90

!120

!130

!135

?ТОЛЩИНА ФАРФОРОВОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (ММ)

!+1,0-1,5

!0,3-0,5

!0,5-0,9

!0,1 -0,2

?ТОЛЩИНА КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (ММ)

!+0,3

!0,1

!0,2

!0,8

?ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ФОРМИРОВАНИЕ УСТУПА НЕОБХОДИМО ДЛЯ

!+уменьшения травмы десны и улучшения эстетики

!лучшей фиксации коронки

!уменьшения риска расцементирования коронки

!повышения устойчивости зуба

?ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ШТАМПОВАННУЮ КОРОНКУ БОКОВЫМ СТЕНКАМ ПРИДАЮТ

- !+параллельность
- !конусность 6-8°
- !конусность 15-20°
- !конусность 10-15°

?ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ КОРОНОК ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАБОЧЕГО ОТТИСКА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ОТТИСКНЫЕ МАССЫ

- !+силиконовые
- !альгинатные
- !термопластические
- !твёрдокристаллические

?ДВОЙНОЙ ОТТИСК ПОЛУЧАЮТ МАССОЙ

- !+силиконовой
- !альгинатной
- !термопластической
- !гипсовой

?ДЛЯ ЗАМЕШИВАНИЯ АЛЬГИНАТНОЙ МАССЫ ИСПОЛЬЗУЮТ

- !+воду комнатной температуры
- !воду с добавлением соли
- !катализатор
- !воду с добавлением соды

?ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ДЕПУЛЬПИРОВАНИЕ ЗУБА ИЛИ ГРУППЫ ЗУБОВ ПРОВОДИТСЯ

- !+при значительной конвергенции зубов
- !при отсутствии конвергенции
- !по желанию пациента
- !у пожилых пациентов

?ДЛЯ СНЯТИЯ ОТТИСКА С ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТЫХ КОРОНОК ИСПОЛЬЗУЮТ ЛОЖКИ

- !+стандартные металлические перфорированные
- !пластмассовые индивидуальные
- !восковые индивидуальные
- !стандартные пластмассовые для беззубых челюстей

?ПОКАЗАНИЕМ К ДЕПУЛЬПИРОВАНИЮ ЗУБА ИЛИ ГРУППЫ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+необходимость значительного укорочения при препарировании
- !изготовление штампованных коронок
- !наличие интактных зубов
- !старческий возраст пациентов

?ТОЛЩИНА ПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (ММ)

- !+1,0-1,5
- !0,5-0,7
- !2,8-3,0
- !3,5-3,8

?АЛЬГИНАТНАЯ МАССА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОРОНКИ

- !+штампованной
- !литой
- !металлопластмассовой
- !металлокерамической

?ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ШТАМПОВАННОЙ КОРОНКИ С БОКОВЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ СОШЛИФОВКУ

- !+соответственно периметру шейки зуба, формируя цилиндр
- !на толщину материала коронки
- !только экватора
- !формируя конус 9-10°

?ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБОВ ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ АПРОКСИМАЛЬНЫЕ СТЕНКИ ДОЛЖНЫ

- !+конвергировать под углом 6-8°
- !слегка дивергировать
- !быть строго параллельны
- !конвергировать под углом 10-15°

?ТОЛЩИНА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (ММ)

- !+1,8-2,0
- !0,5-0,9
- !1,0-1,2
- !0,2-0,4

?ДЛЯ УСКОРЕНИЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ГИПСА ПРИ ЕГО ЗАМЕШИВАНИИ ДОБАВЛЯЕТСЯ

- !+поваренная соль
- !сахар
- !спирт
- !тетраборат натрия (бура)

?АЛЬГИНАТНУЮ ОТТИСКНУЮ МАССУ ЗАМЕШИВАЮТ НА

- !+воде

!воде с добавлением соли
!тёплой воде
!прилагаемом к материалу катализаторе

?СИЛИКОНОВАЯ МАССА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОРОНКИ

!+металлопластмассовой
!штампованной с облицовкой
!штампованной стальной
!штампованной золотой

?ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ ДЛЯ РАБОЧЕГО ОТТИСКА ИСПОЛЬЗУЮТ ОТТИСКНУЮ МАССУ

!+силиконовую
!альгинатную
!цинкооксидэвгеноловую
!гипсовую

?ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ДЛЯ РАБОЧЕГО ОТТИСКА ИСПОЛЬЗУЮТ ОТТИСКНУЮ МАССУ

!+силиконовую
!альгинатную
!цинкооксидэвгеноловую
!Стенс

?ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ ИЛИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ РАБОЧИЙ ОТТИСК ПОЛУЧАЮТ МАССОЙ

!+силиконовой
!альгинатной
!гипсовой
!Стенсом

?КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей
!полировка коронки
!изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками
!моделирование литой коронки

?ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+моделирование литой коронки
!определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей
!припасовка литой коронки в полости рта
!препарирование зуба под литую металлическую коронку

?КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+припасовка каркаса металлопластмассовой коронки в полости рта
!изготовление разборной комбинированной модели
!полировка металлопластмассовой коронки
!моделирование каркаса металлопластмассовой коронки

?КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+припасовка металлокерамической коронки в полости рта
!моделирование каркаса металлокерамической коронки
!глазурирование металлокерамической коронки
!изготовление разборной комбинированной модели

?ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+полировка металлопластмассовой коронки
!определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей
!препарирование зуба под металлопластмассовую коронку
!припасовка каркаса металлопластмассовой коронки в полости рта.

?ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+глазурирование металлокерамической коронки
!определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей
!припасовка каркаса металлокерамической коронки в полости рта
!припасовка металлокерамической коронки в полости рта

?ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ УСТУПА-СКОСА ПОД УГЛОМ 135° ГРАДУСОВ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД ЦЕЛЬНОЛИТЫЕ КОРОНКИ С ОБЛИЦОВКОЙ НЕОБХОДИМЫ БОРЫ

!+торпедовидные
!шаровидные
!пикообразные
!цилиндрические

?ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ РВОТНОГО РЕФЛЕКСА ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ОТТИСКОВ ПАЦИЕНТУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОПОЛОСКАТЬ РОТ

!+концентрированным раствором поваренной соли
!тёплой водой
!содовым раствором
!раствором перманганата калия

?ЭТАП ПОЛУЧЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКОГО ОТТИСКА ВКЛЮЧАЕТ

!+подбор стандартной оттисковой ложки
!изготовление индивидуальной ложки

!подбор оттисковой ложки при помощи функциональных проб
!перфорирование индивидуальной ложки в области болтающегося гребня

?УДЕРЖАНИЕ АЛЬГИНАТНОЙ ОТТИСКНОЙ МАССЫ НА НЕПЕРФОРИРОВАННОЙ ЛОЖКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

!+лейкопластыря и адгезива
!обработки краёв ложки изоколом
!обработки краёв ложки спиртом
!обработки краёв ложки перекисью водорода

?У АЛЬГИНАТНЫХ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ ГЛАВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

!+давать большую усадку, возникающую через 20 минут после получения оттиска
!замешиваться на воде
!не растворяться в дезинфицирующем растворе
!сохранять целостность при выведении из полости рта

?РАБОЧАЯ ГИПСОВАЯ МОДЕЛЬ ПО ОТТИСКУ ИЗ АЛЬГИНАТНОГО МАТЕРИАЛА ДОЛЖНА БЫТЬ ОТЛИТА НЕ ПОЗДНЕЕ

!+15 минут
!45 минут
!60 минут
!24 часов

?УСЛОВИЕМ, ПРИ КОТОРОМ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ ЦЕНТРАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+наличие зубов-антагонистов в 3 функционально-ориентированных группах зубов
!наличие зубов-антагонистов в 2 функционально-ориентированных группах зубов
!наличие зубов-антагонистов в 1 функционально-ориентированной группе зубов
!патологическая генерализованная горизонтальная стёртость со снижением высоты нижнего отдела лица

?КОНСТРУКЦИЮ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ИЗ ВОСКА

!+базисного
!моделировочного
!липкого
!бюгельного

?ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОДГОТОВКИ КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПЕРЕД НАНЕСЕНИЕМ И ОБЖИГОМ КЕРАМИКИ ВКЛЮЧАЕТ

!+пескоструйную обработку, обезжиривание каркаса; формирование окисной плёнки (обжиг)
!обезжиривание каркаса; пескоструйную обработку; формирование окисной плёнки (обжиг)
!формирование окисной плёнки (обжиг); пескоструйную обработку, обезжиривание
!пескоструйную обработку; формирование окисной плёнки (обжиг); обезжиривание

?РАБОЧИЙ ОТТИСК ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ ПОЛУЧАЮТ МАТЕРИАЛОМ

!+силиконовым
!термопластическим
!альгинатным
!твёрдокристаллическим

?РАБОЧИЙ ОТТИСК ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПОЛУЧАЮТ

!+Спидексом
!Репином
!Упином
!гипсом

?СВЯЗЬ КЕРАМИКИ С КАРКАСОМ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

!+химическая
!гальваническая
!механическая
!биологическая

?СВЯЗЬ ПЛАСТМАССЫ С КАРКАСОМ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

!+механическая
!химическая
!гальваническая
!биологическая

?ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ПРИМЕНЯЮТСЯ КЕРАМИЧЕСКИЕ МАССЫ С ТЕМПЕРАТУРОЙ ОБЖИГА (°C)

!850-900
!560-775
!775-865
!350-560

?ГЛАВНЫМ НЕДОСТАТКОМ КЕРАМИЧЕСКИХ МАСС, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+хрупкость
!раздражающее действие на слизистую оболочку
!изменение цвета
!повышенная стираемость

?ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫХ КОРОНОК ПРИМЕНЯЮТСЯ ВЫСОКОПРОЧНЫЕ ПЛАСТМАССЫ

!+Пиропласт
!Стенс
!Дентафоль

!Дентол

?ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ОБЛИЦОВКИ ПЕРВЫМ СЛОЕМ КЕРАМИЧЕСКОЙ МАССЫ, НАНОСИМЫМ НА КАРКАС МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+грунтовый (опаковый)

!эмалевый

!дентинный

!глазурь

?ДЛЯ СНЯТИЯ С ЗУБА ЛИТОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ В ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ БОР

!+твёрдосплавный турбинный

!карборундовый

!односторонний алмазный диск

!колесовидный

?ТОЛЩИНУ КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

!+микрометром

!эстезиометром

!электромиографом

!гнатодинаметром

?СОЗДАНИЕ БОЛЬШОЙ КОНУСНОСТИ ЗУБА ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПРИВЕДЁТ К

!+расцементировке коронки

!повреждению десневого края опорного зуба

!повреждению пародонта опорного зуба

!отколу керамической массы

?ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ

!+парафункция жевательных мышц (бруксизм)

!бипрогнатический прикус

!прогенический прикус

!ортогнатический прикус

?ПРИ МОДЕЛИРОВКЕ КАРКАСА ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ УСАДКИ СПЛАВА ПРИ ЛИТЬЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

!+компенсационный лак

!золотая фольга

!платиновая фольга

!легкоплавкий сплав

?ДЛЯ ПРОЧНОГО СОЕДИНЕНИЯ КЕРАМИЧЕСКОЙ МАССЫ С МЕТАЛЛОМ НА КАРКАС МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ НАНОСЯТ

!+окисную пленку

!зацепные петли

!компенсационный лак

!перлы

?ДЛЯ ПРОЧНОГО СОЕДИНЕНИЯ ПЛАСТМАССЫ С МЕТАЛЛОМ НА КАРКАС МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ НАНОСЯТ

!+перлы

!компенсационный лак

!окисную пленку

!адаптовый колпачок

?ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ

!+недостаточная высота коронок естественных зубов

!плоская форма естественных зубов

!чрезмерная выраженность экваторов естественных зубов

!наличие депульпированных зубов

?ЕСЛИ НА ЭТАПЕ ПРИПАСОВКИ КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ОБНАРУЖЕНО НЕПЛОТНОЕ ПРИЛЕГАНИЕ КРАЯ КОРОНКИ К ШЕЙКЕ ЗУБА, НЕОБХОДИМО

!+вернуть в лабораторию для переделки коронки

!провести коррекцию края коронки крампонными щипцами

!укоротить каркас коронки

!провести коррекцию края коронки с помощью молоточка и наковальни

?ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ КУЛЬТЕВОЙ ШТИФТОВОЙ ВКЛАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+разрушение твёрдых тканей зуба на уровне десны

!атрофия костной ткани стенок альвеол III и IV степени

!подвижность корня II-III степени

!разрушение твёрдых тканей зуба ниже уровня десневого края до 1/2 длины корня

?ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОМУ МОСТОВИДНОМУ ПРОТЕЗУ, ВКЛЮЧАЮТ

!+восстановление анатомической формы зубов и целостности зубных рядов, соответствие цвета керамической облицовки цвету естественных зубов

!погружение коронок опорных зубов на 3-4 мм под десну

!плотный контакт промежуточной части мостовидного протеза и слизистой оболочки

!исправления аномалий развития зубочелюстной системы

?НА ЭТАПЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ИЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОНСОЛЬНОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ИЗ ЛАБОРАТОРИИ ВРАЧ ПОЛУЧАЕТ

!+гипсовые модели и восковые базисы с окклюзионными валиками

!гипсовые модели, загипсованные в артикулятор

!металлический каркас консольного протеза

!консольный протез с облицовкой

?КОНСТРУКЦИОННЫМ МАТЕРИАЛОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ НЕСЪЁМНОГО МОСТОВИДНОГО МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

!+керамическая масса

!воск

!слепочная масса

!гипс

?К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ КОНСОЛЬНОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ОТНОСИТСЯ

!+большая протяженность дефекта зубного ряда

!прогенический прикус

!перекрёстный прикус

!прямой прикус

?ОККЛЮДАТОРЫ ВОСПРОИЗВОДЯТ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

!+только вертикальные

!сагиттальные и боковые

!сагиттальные, боковые и вертикальные

!только сагиттальные

?АРТИКУЛЯТОРЫ ВОСПРОИЗВОДЯТ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

!+сагиттальные, боковые и вертикальные

!только боковые движения

!только вертикальные

!сагиттальные и вертикальные

?К ТВЁРДОКРИСТАЛЛИЗУЮЩИМСЯ ОТТИСКНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСЯТСЯ

!+гипсы

!С-силиконы

!А-силиконы

!тиоколовые

?К ТЕРМОПЛАСТИЧЕСКИМ ОТТИСКНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСИТСЯ

!+Стенс

!Спидекс

!Репин

!гипс

?К АЛЬГИНАТНЫМ ОТТИСКНЫМ МАССАМ ОТНОСИТСЯ

!+Ипин

!Сиэласт

!Спидекс

!Тиодент

?К СИЛИКОНОВЫМ ОТТИСКНЫМ МАССАМ ОТНОСИТСЯ

!+Спидекс

!масса Керра

!Стомальгин

!гипс

?К ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПАМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

!+постановка искусственных зубов, замена воска на пластмассу

!коррекция протеза

!получение оттисков

!проверка конструкции протеза

?К КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПАМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

!+проверка конструкции протеза, коррекция протеза

!замена воска на пластмассу,

!постановка искусственных зубов

!шлифовка и полировка готового протеза

?ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА ПРОВЕРКИ КОНСТРУКЦИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА СЛЕДУЕТ ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП

!+замены воска на пластмассу

!постановки искусственных зубов

!изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками

!определения центральной окклюзии

?ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СЛЕДУЕТ ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП

!+постановки искусственных зубов

!замены воска на пластмассу

!отделки протеза

!изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками

?ПОСЛЕ ЛАБОРАТОРНОГО ЭТАПА ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ СЛЕДУЕТ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП

!+проверки конструкции протеза

!коррекции протеза

!определения центральной окклюзии

!получения оттисков

?ОТРОСТОК УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ

- !+по центру альвеолярного гребня в базисе под искусственными зубами
- !между экватором и окклюзионной поверхностью
- !на вестибулярной поверхности зуба
- !между экватором и десной

?УДЕРЖИВАЮЩИЙ КЛАММЕР СОСТОИТ ИЗ

- !+плеча, тела, отростка
- !отростка, окклюзионной накладки
- !окклюзионной накладки, ответвления
- !ответвления, тела, окклюзионной накладки

?ЧАСТЬ ГНУТОГО ПРОВОЛОЧНОГО КЛАММЕРА, НАХОДЯЩАЯСЯ В КОНТАКТЕ С ЕСТЕСТВЕННЫМ ЗУБОМ, НАЗЫВАЕТСЯ

- !+плечо
- !тело
- !отросток
- !окклюзионная накладка

?ЧАСТЬ ГНУТОГО ПРОВОЛОЧНОГО КЛАММЕРА, НАХОДЯЩАЯСЯ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА, НАЗЫВАЕТСЯ

- !+отросток
- !плечо
- !тело
- !дуга

?ЧАСТИЧНЫЙ СЪЁМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ УДЕРЖИВАЕТСЯ НА ЧЕЛЮСТИ С ПОМОЩЬЮ

- !+кламмеров
- !пластмассовых зубов
- !базиса
- !фарфоровых зубов

?С ПОМОЩЬЮ КРАМПОНОВ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА УДЕРЖИВАЮТСЯ ИСКУССТВЕННЫЕ ЗУБЫ

- !+фарфоровые
- !пластмассовые
- !литые
- !композитные

?ПРОТЕЗНЫМ ЛОЖЕМ ДЛЯ БАЗИСА ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА

- !+альвеолярного отростка, твёрдого нёба, частично нёбная поверхность сохранившихся зубов
- !альвеолярного отростка
- !альвеолярного отростка и мягкого нёба
- !альвеолярного отростка, твёрдого и мягкого нёба

?НАРУЖНЫЙ КРАЙ БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОХОДИТ

- !+по переходной складке с вестибулярной стороны, обходя уздечку и тяжи, перекрывая альвеолярные бугры
- !с нёбной стороны, перекрывая боковые зубы на 2/3
- !с нёбной стороны, перекрывая передние зубы на 1/3
- !по альвеолярным буграм верхней челюсти

?ГРАНИЦЫ БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПЕРЕКРЫВАЮТ ЕСТЕСТВЕННЫЕ ЗУБЫ С НЁБНОЙ СТОРОНЫ НА

- !+1/3
- !1/2
- !2/3
- !3/4

?ГРАНИЦА БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОХОДИТ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЕСТЕСТВЕННЫМ ЗУБАМ

- !+перекрывая коронки зубов на 2/3
- !не касаясь зубов
- !по середине коронки зубов
- !перекрывая коронки зубов на 1/3

?ГРАНИЦА БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С НЁБНОЙ СТОРОНЫ ПРОХОДИТ В ОБЛАСТИ ЕСТЕСТВЕННЫХ БОКОВЫХ ЗУБОВ

- !+перекрывая коронковую часть зубов на 2/3
- !не касаясь зубов
- !в пришеечной области зубов
- !перекрывая коронковую часть зубов на 1/3

?ЭЛАСТИЧНЫЕ АКРИЛОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ДВУХСЛОЙНЫХ БАЗИСОВ ОБЛАДАЮТ

- !+химическим соединением с жёстким акриловым базисом протеза
- !повышенной степенью твёрдости
- !длительным сохранением эластичности
- !незначительной степенью усадки

?ЭЛАСТИЧНЫЕ АКРИЛОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ДВУХСЛОЙНЫХ БАЗИСОВ ОБЛАДАЮТ

- !+потерей эластичности вследствие вымывания пластификатора
- !длительным сохранением эластичности
- !незначительной степенью усадки
- !повышенной степенью твёрдости

?ПРОМЫШЛЕННЫЙ ВЫПУСК АКРИЛОВЫХ ПОДКЛАДОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ БАЗИСОВ СЪЁМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

- !+полимера, мономера
- !пасты, катализатора и подслоя (праймера)
- !основной и катализаторной масс
- !пластин, армированных металлическими сетками

?ВСПОМОГАТЕЛЬНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- !+термопластические массы
- !пластмассы
- !керамические массы
- !металлические сплавы благородных металлов

?ПАРАЛЛЕЛОМЕТРОМ НАЗЫВАЮТ АППАРАТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- !+пути введения и выведения протеза, линии обзора, наклона модели
- !податливости слизистой оболочки
- !подвижности слизистой оболочки
- !болевого чувствительности

?ПОЛУЧЕНИЕ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ ПОЗДНЕМ (ОТСРОЧЕННОМ) ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПРОИСХОДИТ

- !+через 4 и более недель после удаления зубов
- !через 1-5 дней после удаления зубов
- !до удаления зубов
- !в день удаления зубов, сразу после операции

?ПОЛУЧЕНИЕ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПРОИСХОДИТ

- !+до удаления зубов
- !через 1 -5 дней после удаления зубов
- !через 4 и более недель после удаления зубов
- !в день удаления зубов

?ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ РАССТАНОВКИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+центр лица
- !уздечка языка
- !уздечка верхней губы
- !уздечка нижней губы

?ОККЛЮЗИОННУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ВОСКОВОГО ВАЛИКА ВО ФРОНТАЛЬНОМ УЧАСТКЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ФОРМИРУЮТ ПАРАЛЛЕЛЬНО ЛИНИИ

- !+зрачковой
- !носовой
- !ушной
- !зубной

?ОККЛЮЗИОННУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ВОСКОВОГО ВАЛИКА В БОКОВОМ УЧАСТКЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ФОРМИРУЮТ ПАРАЛЛЕЛЬНО ЛИНИИ

- !+носо-ушной
- !смыкания губ
- !волосистой части головы
- !нижних зубов

?ЛИНИЯ УЛЫБКИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПО ВОСКОВОМУ ВАЛИКУ НА УРОВНЕ

- !+красной каймы верхней губы при улыбке
- !середины альвеолярного отростка верхней челюсти
- !красной каймы нижней губы при улыбке
- !по линии смыкания губ

?ЛИНИЯ ЭСТЕТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА СООТВЕТСТВУЕТ

- !+линии между центральными резцами
- !носо-ушной линии
- !строга середине кончика носа
- !уздечке верхней губы

?ЛИНИЯ КЛЫКОВ НА ВОСКОВОМ БАЗИСЕ С ОККЛЮЗИОННЫМ ВАЛИКОМ ПРОВОДИТСЯ В ВИДЕ ПЕРПЕНДИКУЛЯРА, ОПУЩЕННОГО ОТ

- !+наружного края крыла носа
- !зрачка глаза
- !наружного угла глаза
- !внутреннего угла глаза

?РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ЛИНИЕЙ УЛЫБКИ И КРАЕМ ОККЛЮЗИОННОГО ВАЛИКА ОПРЕДЕЛЯЕТ

- !+высоту центральных резцов верхней челюсти
- !ширину центральных резцов верхней челюсти
- !положение верхней губы
- !высоту нижнего отдела лица

?ОККЛЮЗИОННЫЙ ВАЛИК ВОСКОВОГО БАЗИСА ДОЛЖЕН БЫТЬ

- !+шире естественных зубов на 1 -2 мм
- !равен ширине естественных зубов
- !шире естественных зубов на 5-6 мм
- !уже естественных зубов

?ВЫСОТА ОККЛЮЗИОННОГО ВАЛИКА ВОСКОВОГО БАЗИСА ПО ОТНОШЕНИЮ К ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ СОХРАНИВШИХСЯ ЗУБОВ МОЖЕТ БЫТЬ

- !+выше уровня на 1 -2 мм
- !выше уровня на 3-4 мм
- !ниже уровня на 1 -2 мм
- !ниже уровня на 3 -4 мм

?ВОСКОВЫЕ БАЗИСЫ С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭТАПА

- !+определения центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей
- !постановки зубов
- !проверки конструкции протеза
- !припасовки и наложения протеза

?ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ В КЛИНИКУ ПОСТУПАЮТ ГИПСОВЫЕ МОДЕЛИ

- !+с восковыми базисами и окклюзионными валиками
- !зафиксированные в артикуляторе
- !зафиксированные в окклюдаторе
- !с восковыми базисами и искусственными зубами

?ВОСКОВОЙ БАЗИС С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ДОЛЖЕН

- !+плотно прилегать к протезному ложу, соответствовать границам базиса протеза с учётом высоты и ширины зубов
- !плотно прилегать к протезному ложу, с расположением окклюзионного валика ниже естественных зубов
- !соответствовать границам базиса протеза, с расположением окклюзионного валика на уровне естественных зубов
- !иметь окклюзионный валик ниже и уже естественных зубов

?ЦЕНТРАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИЮ ПРИ СМЫКАНИИ ЗУБОВ В ДВУХ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ГРУППАХ, ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

- !+восковых базисов с окклюзионными валиками
- !периоднотометра
- !окклюзиометра
- !лицевой дуги

?ПРИ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ-АНТОГОНИСТОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- !+центральное соотношение челюстей
- !центральную окклюзию
- !переднюю окклюзию
- !боковую окклюзию правую

?ОРИЕНТИРОМ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПРИШЕЕЧНОЙ ЧАСТИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ В СЪЁМНОМ ПЛАСТИНОЧНОМ ПРОТЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+линия улыбки
- !перегородка носа
- !уздечка верхней губы
- !фильтрум верхней губы

?КЛИНИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ПОДБОРА ФРОНТАЛЬНЫХ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО ШИРИНЕ В СЪЁМНОМ ПЛАСТИНОЧНОМ ПРОТЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+центральная линия и линия, проходящая через наружный край крыла носа
- !углы рта
- !уздечка верхней губы
- !линия улыбки

?БОЛЬШАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ РАСПОЛОЖЕНИЕМ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ

- !+диагонально
- !трансверзально
- !сагиттально
- !парасагиттально

?ПРИ ФИКСАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ИЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ НА ОККЛЮЗИОННЫЕ ВАЛИКИ ВОСКОВЫХ БАЗИСОВ НАНОСЯТ

- !+размягчённый воск и насечки
- !гипс
- !копировальную бумагу
- !альгинатную массу

?КЛАММЕРНАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ

- !+механической фиксации
- !анатомической ретенции
- !биологической фиксации
- !биофизической фиксации

?МЕХАНИЧЕСКАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- !+телескопическими коронками
- !когезией
- !анатомической ретенцией
- !адгезией

?К АНАТОМИЧЕСКОЙ РЕТЕНЦИИ ОТНОСЯТ

- !+выраженность альвеолярных бугорков, свода нёба, высоту альвеолярного отростка
- !когезию
- !адгезию
- !телескопическую фиксацию

?ПО ФУНКЦИИ КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА

!+удерживающие, опорно-удерживающие
!круглые, полукруглые
!гнутые, литые
!зубо-десневые, надесневые, назубные

?ПО СТЕПЕНИ ОХВАТА ЗУБА КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА

!+одноплечие, двухплечие
!гнутые, литые
!удерживающие, опорно-удерживающие
!круглые, полукруглые

?ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА

!+зубо-десневые, надесневые, назубные
!гнутые, литые
!круглые, полукруглые
!удерживающие, опорно-удерживающие

?ПО МЕТОДУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА

!+гнутые, литые, полимеризованные, комбинированные
!круглые, полукруглые
!назубные, надесневые, зубо-десневые
!удерживающие, опорно-удерживающие

?ПО ПРОФИЛЮ СЕЧЕНИЯ КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА

!+круглые, полукруглые, ленточные
!гнутые, литые
!назубные, надесневые
!удерживающие, опорно-удерживающие

?ДИАМЕТР УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА СОСТАВЛЯЕТ ОТ (ММ)

!+0,8-1,2
!0,1-0,5
!1,4-1,9
!2-2,5

?ПЛЕЧО УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА РАВНОМЕРНО КАСАЕТСЯ ЗУБА И РАСПОЛАГАЕТСЯ

!+между экватором и пришеечной частью зуба
!на окклюзионной поверхности зуба
!между окклюзионной поверхностью зуба и экватором
!на экваторе

?ДИАГОНАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ БЛАГОПРИЯТНО ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА

!+на верхней челюсти
!на нижней челюсти
!на верхней и нижней челюстях
!при 1 классе дефекта зубного ряда (по Кеннеди)

?ТРАНСВЕРЗАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ БЛАГОПРИЯТНО ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА

!+на нижней челюсти
!на верхней челюсти
!на верхней и нижней челюстях
!при 1 классе дефекта зубного ряда (по Кеннеди) на верхней челюсти

?САГИТТАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ НЕБЛАГОПРИЯТНО ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА

!+на верхней и нижней челюстях
!только на верхней челюсти
!только на нижней челюсти
!при «болтающемся гребне» на верхней челюсти

?ТОЧЕЧНАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ИМЕЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ КЛАММЕРОВ В КОЛИЧЕСТВЕ

!+1
!2
!3
!4

?ЛИНЕЙНАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ИМЕЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ КЛАММЕРОВ В КОЛИЧЕСТВЕ

!+2
!1
!3
!4

?КЛАММЕРНАЯ ЛИНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВООБРАЖАЕМУЮ ЛИНИЮ, ПРОХОДЯЩУЮ

!+между зубами, на которых расположены кламмера протеза
!по средней линии лица
!между резцовой точкой и вершиной дистального щёчного бугра 7 зуба на нижней челюсти
!по альвеолярной части нижней челюсти и альвеолярного отростка верхней челюсти

?СДВОЕННЫЙ КЛАММЕР АККЕРА НАЗЫВАЕТСЯ

!+Бонвиля

!Роуча
!круговым
!обратного действия

?ИЗГОТОВЛЕНИЕ УДЕРЖИВАЮЩИХ КЛАММЕРОВ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ЗУБНЫМ ТЕХНИКОМ НА ЭТАПЕ
!+моделирования воскового базиса и постановки искусственных зубов
!отливки гипсовых моделей
!замены воска на пластмассу
!шлифовки и полировки

?ЗАМКОВОЕ КРЕПЛЕНИЕ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ РАЗНОВИДНОСТЬ
!+механической фиксации
!анатомической ретенции
!биофизическая фиксации
!биомеханической фиксации

?БАЛОЧНАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ РАЗНОВИДНОСТЬ
!+механической фиксации
!анатомической ретенции
!биофизической фиксации
!биомеханической фиксации

?ПРИМЕНЕНИЕ ЗАМКОВЫХ КРЕПЛЕНИЙ ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ДАЁТ ВОЗМОЖНОСТЬ
!+повысить эстетику
!уменьшить рвотный рефлекс
!улучшить дикцию
!улучшить гигиену полости рта

?ДЛЯ БОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ НА ОПОРНЫЙ ЗУБ ПРИ КОНЦЕВОМ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ СО СТОРОНЫ
!+медиальной
!вестибулярной
!оральной
!дистальной

?ПЛЕЧИ ЛИТОГО КЛАММЕРА АККЕРА В БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗЕ ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ
!+удерживающую, опорную и стабилизирующую
!опорную
!направляющую
!удерживающую

?ИЗОЛЯЦИЯ ТОРУСА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ ПЛАСТИНКИ ИЗ
!+свинца
!меди
!олова
!платины

?ИЗОЛЯЦИЯ ЭКЗОСТОЗОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ
!+свинцовой пластины
!пластмассы
!гипса
!воска

?ИЗОЛЯЦИЯ ТОРУСА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ЗУБНЫМ ТЕХНИКОМ НА ЭТАПЕ
!+моделирования воскового базиса, постановки искусственных зубов
!отливки гипсовых моделей
!изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками
!отделки, шлифовки и полировки

?ИЗОЛЯЦИЯ КОСТНЫХ ВЫСТУПОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ЗУБНЫМ ТЕХНИКОМ НА ЭТАПЕ
!+изготовления кламмеров, моделирования воскового базиса, постановки искусственных зубов
!изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками
!отливки гипсовых моделей
!отделки, шлифовки и полировки

?ПОКАЗАНИЕМ К ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ НА «ПРИТОЧКЕ» В СЪЁМНОМ ПЛАСТИНОЧНОМ ПРОТЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
!+«короткая» верхняя губа
!чрезмерная выраженность альвеолярной части нижней челюсти
!чрезмерная выраженность торуса
!выраженная уздечка нижней губы

?ПРИ ПОСТАНОВКЕ ЗУБОВ В АРТИКУЛЯТОРЕ ВЫВЕРЯЮТСЯ ОККЛЮЗИИ
!+центральная, передние, боковые
!только передние и центральная
!только боковые левые и правые
!только центральная

?ПРИ ПОСТАНОВКЕ ЗУБОВ В ОККЛЮДАТОРЕ ВЫВЕРЯЮТСЯ ОККЛЮЗИИ
!+центральная

!боковые правые

!передние и центральная

!боковые левые

?ПРИ ВНЕРОТОВОМ ЭТАПЕ ПРОВЕРКИ КОНСТРУКЦИИ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ НЕЛЬЗЯ ОПРЕДЕЛИТЬ ПРАВИЛЬНОСТЬ (ИЛИ ТОЧНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ)

!+соответствия цвета зубов

!границ протезов

!постановки искусственных зубов

!положения кламмеров

?ПОСТАНОВКА ИСКУССТВЕННЫХ БОКОВЫХ ЗУБОВ В ПРЯМОМ КОНТАКТЕ ЩЁЧНЫХ БУГОРКОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

!+прикусыванию щёк

!повышенному рвотному рефлексу

!ощущению инородного тела

!нарушению дикции

?ОТСУТСТВИЕ ИЗОЛЯЦИИ ТОРУСА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

!+балансу протеза

!прикусыванию щёк

!чрезмерному выделению слюны

!нарушению эстетики

?ОТСУТСТВИЕ ИЗОЛЯЦИИ ЭКЗОСТОЗОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

!+травматическому повреждению слизистой оболочки

!прикусыванию щёк

!нарушению эстетики

!нарушению дикции

?УДЛИНЕНИЕ ГРАНИЦЫ БАЗИСА ПРОТЕЗА ПО ЛИНИИ «А» МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

!+рвотному рефлексу и ощущению инородного тела

!нарушению эстетики

!прикусыванию щёк

!нарушению дикции

?БЫСТРОЕ ОХЛАЖДЕНИЕ КЮВЕТЫ НА ОКОНЧАТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ ЗАМЕНЫ ВОСКА НА БАЗИСНУЮ ПЛАСТМАССУ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ОБРАЗОВАНИЮ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА

!+внутреннего напряжения

!пористости сжатия

!гранулярной пористости

!газовой пористости

?БЫСТРЫЙ ПОДЪЁМ ТЕМПЕРАТУРЫ ПРИ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ БАЗИСНОЙ ПЛАСТМАССЫ СПОСОБСТВУЕТ ОБРАЗОВАНИЮ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА

!+газовой пористости

!гранулярной пористости

!внутреннего напряжения

!пористости сжатия

?ПРИ ПОЧИНКЕ ПЕРЕЛОМА БАЗИСА ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД ГИПСОВКИ В КЮВЕТУ

!+прямой

!обратный

!косвенный

!индивидуальный

?ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ ГРАНУЛЯРНОЙ ПОРИСТОСТИ В БАЗИСЕ ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

!+недостаток мономера

!избыток мономера

!быстрое охлаждение кюветы

!быстрый нагрев кюветы

?ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ В БАЗИСЕ ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ВНУТРЕННЕГО НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

!+быстрое охлаждение кюветы

!недостаток мономера

!избыток мономера

!быстрый нагрев кюветы

?К БАЗИСНЫМ ПЛАСТМАССАМ ОТНОСИТСЯ

!+Фторакс

!Ортосил

!Карбодент

!Редонт

?МОДЕЛЬ С БЮГЕЛЬНЫМ ПРОТЕЗОМ ПРИ ЗАМЕНЕ ВОСКА НА БАЗИСНУЮ ПЛАСТМАССУ ГИПСУЮТ В КЮВЕТУ МЕТОДОМ

!+обратным

!прямым

!косвенным

!комбинированным

?ИЗЛИШКИ ПЛАСТМАССЫ В ОБЛАСТИ ПРИЛЕГАНИЯ К ЕСТЕСТВЕННЫМ ЗУБАМ ПРИ ПРИПАСОВКЕ ПРОТЕЗА МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ПРИ ПОМОЩИ

!+копировальной бумаги

!воска

!химического карандаша

!изокола

?СЪЁМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ НУЖДАЕТСЯ В ПРИПАСОВКЕ В ПОЛОСТИ РТА ИЗ-ЗА НАЛИЧИЯ

!+поднутрений у естественных зубов и их наклона

!нарушения технологии

!врачебных ошибок

!некачественной полировки протеза

?ДЛЯ ОТОБРАЖЕНИЯ НА БАЗИСЕ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ОБЛАСТИ ТРАВМИРОВАННОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ИСПОЛЬЗУЮТ

!+водный дентин или корректор

!копировальную бумагу

!спирт

!воск

?ФАЗАМИ АДАПТАЦИИ К СЪЁМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ (ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) ЯВЛЯЮТСЯ

!+раздражение, частичное торможение, полное торможение

!ближайшая, быстрая, отделённая

!успокоение, привыкание, адаптация

!медленная, быстрая, очень быстрая

?ФАЗА РАЗДРАЖЕНИЯ К СЪЁМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ (ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) ДЛИТСЯ (ДНИ)

!+1

!2

!3

!4

?ФАЗА ЧАСТИЧНОГО ТОРМОЖЕНИЯ К СЪЁМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ (ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) ДЛИТСЯ (ДНИ)

!+2-4

!7-10

!10-20

!20-30

?ФАЗА ПОЛНОГО ТОРМОЖЕНИЯ К СЪЁМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ (ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) ДЛИТСЯ (ДНИ)

!+с 5 по 33

!со 2 по 15

!с 3 по 7

!с 4 по 21

?КОРРЕКЦИЮ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ВРАЧ ПРОВОДИТ С ПОМОЩЬЮ

!+фрез

!твёрдосплавных турбинных боров

!алмазных турбинных боров

!вулканитовых дисков

?ДЛЯ ДОБАВЛЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ЗУБА ПРИ ПОЧИНКЕ ПРОТЕЗА ПОЛУЧАЮТ ОТТИСК МАССОЙ

!+альгинатной

!термопластической

!гидроколлоидной

!цинкокислородной

?ДЛЯ ПОЧИНКИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОТЛОМЕ УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ОТТИСК С ЧЕЛЮСТИ

!+нижней с протезом

!нижней без протеза

!верхней и нижней без протеза

!нижней без протеза, верхней с протезом

?ПРИ ПОЧИНКЕ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СВЯЗИ С ПОТЕРЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ОТТИСК С ЧЕЛЮСТИ

!+нижней с протезом и верхней

!нижней с протезом

!верхней и нижней без протеза

!нижней без протеза

?ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТЬ РТА ПАЦИЕНТА НАЗНАЧАЮТ КОРРЕКЦИЮ

!+на следующий день после наложения протеза

!через неделю

!через 3 дня

!при появлении неприятных ощущений

?ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ СЪЁМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ СОСТАВЛЯЮТ (ЛЕТ)

!+3

!6

!7

!10

?ПОЛНАЯ АДАПТАЦИЯ (ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) К СЪЁМНОМУ ПРОТЕЗУ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ (ДНИ)

!+33

!10

!15

?ПРИ ПОЯВЛЕНИИ БОЛИ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПАЦИЕНТУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПЕРЕД ВИЗИТОМ К ВРАЧУ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПРОТЕЗ

!+снять и надеть его за 3 часа перед коррекцией

!не снимать на ночь

!не снимать в течении недели

!снять

?ПОСЛЕ ПРИПАСОВКИ И НАЛОЖЕНИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ОБИЛЬНОЕ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ФАЗЫ АДАПТАЦИИ

!+раздражения

!полного раздражения

!частичного торможения

!быстрого торможения

?ПРИ НАЛИЧИИ СИЛЬНЫХ БОЛЕЙ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ПРОТЕЗА ПАЦИЕНТУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СЪЁМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ

!+снять и надеть за 2-4 часа перед посещением врача

!не снимать до посещения врача

!снять и надеть, когда пройдут болевые ощущения

!снять и после исчезновения болевых ощущений прийти к врачу

?ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСЛЕДНЕЙ КОРРЕКЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ ЯВИТЬСЯ В КЛИНИКУ ДЛЯ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА

!+1 раз в полгода

!1 раз в месяц

!1 раз в год

!по желанию пациента

?ПРИЧИНЫ ПОЛОМОК БАЗИСОВ СЪЁМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ, СВЯЗАННЫЕ С ТЕХНИЧЕСКИМИ ОШИБКАМИ, ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В

!+нарушении правил изоляции экзостозов, нарушении режима полимеризации, нарушении правил постановки зубов

!неправильном изготовлении восковых базисов с окклюзионными валиками

!неправильном выборе цвета и формы зубов

!неправильном выборе цвета базисной пластмассы

?ПРИЧИНЫ ПОЛОМКИ БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА, СВЯЗАННЫЕ С НЕБРЕЖНЫМ ОТНОШЕНИЕМ ПАЦИЕНТА К СВОЕМУ ПРОТЕЗУ, ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В

!+плохом уходе, плохом хранении, откусывании твёрдой пищи

!неправильном выборе зубной щётки для чистки протезов

!неправильном выборе зубной пасты для чистки протезов

!снятии протезов на ночь и хранении их в дистиллированной воде

?ПРИЧИНЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ПОЛОМКЕ БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА, ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В

!+быстром охлаждении кюветы после полимеризации

!получении оттиска силиконовой массой

!получении оттиска альгинатной массой

!толстом базисе протеза

?ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЛЬЗОВАНИЮ БЮГЕЛЬНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ ПРОТЕЗА

!+припасовки и наложения

!припасовки каркаса

!консультации и выбора конструкции

!проверки конструкции

?КОРРЕКЦИЮ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА НАЧИНАЮТ С

!+выявления жалоб пациента и осмотра слизистой оболочки полости рта

!выявления окклюзионных взаимоотношений артикуляционной бумагой

!осмотра слизистой оболочки

!выявления причин травмы

?К ПРИЧИНАМ, ПРИВОДЯЩИМ К РАЗРУШЕНИЮ ФАРФОРОВОЙ КОРОНКИ, ОТНОСЯТ

!+невыверенные окклюзионные контакты

!чрезмерную конусность культи зуба

!чрезмерное укорочение зуба

!слишком большую толщину коронки

?К НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ ВКЛАДКИ, ОТНОСЯТ

!+коррозионные процессы сплавов

!тепловой эффект

!олигодинамическое действие

!кариозные процессы

?МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИЕ МОСТОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ В СРАВНЕНИИ С МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫМИ ОБЛАДАЮТ СВОЙСТВАМИ

!+ниже стираемость, выше цветостойкость

!выше стираемость, выше цветостойкость

!выше стираемость, ниже цветостойкость

!ниже стираемость, ниже цветостойкость

?МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИЕ МОСТОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПО СРАВНЕНИЮ С ПЯЯННЫМИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ С ПЛАСТМАССОВОЙ ОБЛИЦОВКОЙ ОБЛАДАЮТ СВОЙСТВАМИ

!+выше эстетика, выше прочность

!выше эстетика, ниже прочность

!ниже эстетика, ниже прочность

!ниже эстетика, выше прочность

?ПРИЧИНОЙ ГИНГИВИТА В ОБЛАСТИ ИСКУССТВЕННЫХ КОРОНОК НА ОПОРНЫХ ЗУБАХ В МОСТОВИДНОМ ПРОТЕЗЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- !+отсутствие экватора
- !хорошо выраженный экватор
- !плотный хват в области шейки зуба
- !наличие контактного пункта

?К СПЛАВАМ, ОБЛАДАЮЩИМ ЛУЧШЕЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СОВМЕСТИМОСТЬЮ С ТКАНЯМИ ПОЛОСТИ РТА, ОТНОСЯТ

- !+содержащие золото
- !нержавеющую сталь
- !хромо-кобальтовые
- !хромо-никелевые

?К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ МЕТАЛЛОАКРИЛОВЫМИ ЛИТЫМИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ОТНОСЯТ

- !+быстрое истирание облицовки протеза
- !повышенное истирание зубов-антагонистов
- !появление подвижности зубов-антагонистов
- !неприятный запах изо рта

?К ПРИЧИНАМ СКОЛА КЕРАМИЧЕСКОГО ПОКРЫТИЯ С МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ В ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТ

- !+невыверенные окклюзионные контакты
- !выраженную конусность культи зуба
- !неудовлетворительную гигиену полости рта
- !обширные пломбы на зубах-антагонистах

?К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ОТНОСЯТ

- !+повышенное истирание зубов-антагонистов
- !быстрое истирание облицовки
- !возникновение микроотоков в полости рта
- !изменение цвета облицовки

?К ВОЗМОЖНЫМ НЕДОСТАТКАМ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ИЗ НЕРЖАВЕЮЩЕЙ СТАЛИ ОТНОСЯТ

- !+привкус металла в полости рта
- !быстрое стирание зубов-антагонистов
- !низкую жевательную эффективность
- !появление подвижности зубов-антагонистов

?ПРИЧИНОЙ СКОЛА КЕРАМИЧЕСКОЙ ОБЛИЦОВКИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТИ РТА МОЖЕТ БЫТЬ

- !+ошибка при обжиге и охлаждении керамической облицовки
- !выраженная конусность культи зуба
- !неудовлетворительная гигиена полости рта
- !наличие искусственных коронок на зубах-антагонистах

?К ОСЛОЖНЕНИЮ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ОТНОСИТСЯ

- !+прикусывание слизистой оболочки щеки в области боковых зубов
- !увеличение болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа
- !повышение устойчивости пародонта зубов к вертикальной нагрузке
- !появление клиновидного дефекта у рядом стоящих зубов

?К ОСЛОЖНЕНИЮ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ОТНОСИТСЯ

- !+травма слизистой оболочки в области тела мостовидного протеза
- !уменьшение болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа
- !повышение устойчивости пародонта зубов к вертикальной нагрузке
- !конвергенция рядом стоящих зубов

?ПРИЧИНОЙ РАСЦЕМЕНТИРОВКИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ МОЖЕТ БЫТЬ

- !+чрезмерная конусность культей зубов
- !некачественное литьё
- !чрезмерное количество обжигов
- !наличие съёмного протеза в полости рта

?ПЕРВИЧНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+остановка кровотечения
- !оценка кровопотери
- !усиление коагулирующих свойств крови
- !восполнение кровопотери

?ПРЕДПОЧИТАЕМЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ ЗУБА СО ВСКРЫТИЕМ ПОЛОСТИ ЗУБА ПРИ НЕСФОРМИРОВАННОМ КОРНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+частичная пульпотомия
- !непрямое покрытие пульпы
- !пульпэктомия
- !девитальная ампутация

?ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПЕРВЫЕ ДНИ НАЗНАЧАЮТ

- !+Ацикловир
- !масло Шиповника
- !Метронидазол
- !Флюкостат

?ТЕРАПИЯ КАНДИДОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА

- !+Клотримазол
- !Тетрациклин
- !Валцикловир
- !Индометацин

?ДЛЯ НЕПРЯМОГО ПОКРЫТИЯ ПУЛЬПЫ У ДЕТЕЙ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- !+нетвердеющие пасты
- !твердеющие пасты
- !композиты световой полимеризации
- !стеклоиономерные цементы (СИЦ)

?ПОСТОЯННАЯ ОБТУРАЦИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ВО ВРЕМЕННОМ ЗУБЕ НЕ ПРОВОДИТСЯ

- !+гуттаперчевыми штифтами
- !цинкоксидэвгенольной пастой
- !йодоформной пастой
- !кальцийсодержащей пастой

?К РЕСТАВРАЦИОННЫМ СТЕКЛОИОМЕРНЫМ ЦЕМЕНТАМ (СИЦ) ОТНОСИТСЯ

- !+Fiji 9
- !Vitrebond
- !Ultrablend
- !Cavalite

?ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЮТ

- !+фтористое и азотнокислое серебро !антисептики
- !гемостатики
- !биологически активные вещества

?ОПТИМАЛЬНАЯ КРАТНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ АППЛИКАЦИЙ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ ДЛЯ РЕМОТЕРАПИИ

- !+не реже 1 раза в день в течение 2-4 недель
- !3-4 раза в год
- !однократно при лечении кариеса
- !1 раз в год

?МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА, ПРИ КОТОРОМ УДАЛЯЮТ КОРОНКОВУЮ ПУЛЬПУ С СОХРАНЕНИЕМ КОРНЕВОЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

- !+пульпотомия
- !непрямое покрытие пульпы
- !прямое покрытие пульпы
- !пульпэктомия

?ПРИ ЗАТРУДНЁННОЙ ИЗОЛЯЦИИ РАБОЧЕГО ПОЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ФИССУР ПРОВОДИТСЯ

- !+стеклоиономерными цементами (СИЦ)
- !композитными герметиками
- !компомерными герметиками
- !масляным дентином

?ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

- !+с момента возникновения
- !в возрасте 3 лет
- !в возрасте 5 лет
- !после физиологической смены зубов

?ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕТОДА ИНФИЛЬТРАЦИИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРЕПАРАТ

- !+Icon
- !Gaenial bond
- !G-coat
- !Opalustre

?У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛЕНИЯ ПУЛЬПЫ ПОСТОЯННЫХ ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ С НЕПОЛНОСТЬЮ СФОРМИРОВАННОЙ ВЕРХУШКОЙ КОРНЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

- !+глубокой ампутации
- !диатермокоагуляции
- !прижизненной ампутации коронковой пульпы
- !девитальной ампутации

?ТАКТИКА ПРИ СЛУЧАЙНОЙ ПЕРФОРАЦИИ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ВРЕМЕННОГО МОЛЯРА У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ, ИМЕЮЩЕГО НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА, СОСТОИТ В

- !+лечении биологическим методом
- !лечении методом девитальной ампутации
- !лечении методом витальной ампутации
- !отсроченном пломбировании

?МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ МОЛЯРОВ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+девитальная экстирпация
- !биологический
- !витальная ампутация коронковой пульпы
- !девитальная ампутация

?НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕЗАКОНЧЕННЫМ РОСТОМ КОРНЕЙ И СОХРАНЕНИЕМ ЗОНЫ РОСТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПАСТА

!+кальцийсодержащая
!резорцин-формалиновая
!эвгеноловая
!эндометазоновая

?ЛУЧШИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОСОДЕРЖАЩИХ КИСТ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

!+цистомия без удаления постоянных зубов из полости кисты
!пломбирование за верхушку «причинных» зубов
!пломбирование зуба с резекцией верхушек корня
!цистомия с удалением постоянных зубов из полости кисты

?ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА

!+зуб реплантации не подлежит
!зуб обязательно должен быть реплантирован
!зуб не реплантируется, если до его смены остаётся менее одного года
!зуб реплантируется, если до его смены остаётся более двух лет

?ЦЕЛЕСООБРАЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛНОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННОГО РЕЗЦА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

!+реплантации зуба с предварительным его пломбированием
!возмещении дефекта съёмным протезом
!реплантации зуба без пломбирования
!имплантации

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИМЕНЯЮТ АЦИКЛОВИР В ДОЗИРОВКЕ (МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА)

!+20
!200
!250
!500

?ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗА ПРИМЕНЯЮТ

!+1-2% раствор питьевой соды
!10-20% раствор питьевой соды
!инстиляции Интерферона
!противомикробные мази

?МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ЭКЗЕМАТОЗНОГО ХЕЙЛИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

!+мази Оксикорт
!гигиенической губной помады
!мази Клотримазол
!мази Ацикловир

?ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

!+инфильтрационная
!инфраорбитальная
!туберальная
!внутрикостная

?НАИЛУЧШИЙ ЭФФЕКТ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТСЯ АНЕСТЕЗИЕЙ

!+аппликационной + торусальной
!аппликационной + инфильтрационной
!аппликационной + туберальной
!аппликационной + интралигаментарной + друк-анестезией

?ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА (ЭОД) ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПУЛЬПИТАХ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ СОСТАВЛЯЕТ (МКА)

!+20-60
!2-6
!8-10
!10-20

?ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ПОВЫШАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ

!+углеводистой пищи
!ультрафиолетового света
!глюконата кальция
!фторидсодержащих зубных паст

?ДЛЯ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ ПРИМЕНЯЮТ

!+прокладки на основе гидроокиси кальция
!пасты с гормональными препаратами
!пасты с антибиотиками
!Форфенан

?ОСНОВОЙ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК ДИКАЛ, КАЛЬЦИ-ПУЛЬП, КАЛЬМЕЦИН ЯВЛЯЕТСЯ

!+гидроокись кальция
!антибиотик
!антисептик
!Интерферон

?ПЛОМБИРОВАНИЕ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ С РАЗРУШЕННОЙ КОРОНКОЙ ЗУБА ПРОИЗВОДЯТ

!+пастой из Окиси цинка на масляной основе

!фосфат-цементом
!серебряным штифтом
!Резорцин-формалиновой пастой

?МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КАНАЛОВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 3 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

!+Йодинол
!раствор Шиллера - Писарева
!физиологический раствор
!спирт

?КАНАЛЫ ВРЕМЕННЫХ СФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПЛОМБИРОВАТЬ

!+пастой из Окиси цинка на масляной основе
!Резорцин-формалиновой пастой
!фосфат-цементом
!пастой Каласепт

?ГИПОХЛОРИТ НАТРИЯ ДЛЯ ОБРАБОТКИ КАНАЛА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)

!+2,5-3
!0,5-1
!10-15
!20

?ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ

!+Хлоргексидин
!спирт
!Лизетол
!физиологический раствор

?ПРИ ПОДСЧЕТЕ ИНДЕКСА РМА ДЕСНУ ОКРАШИВАЮТ

!+раствором Шиллера - Писарева
!Метиленовым синим
!Бриллиантовым зелёным
!Эритрозином

?РАСТВОРОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ГИНГИВИТЕ ДЛЯ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+30% Трихлоруксусной кислоты
!3% H₂O₂
!40% Формалина
!Йодинол

?ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ФОРМАЛИНОВОЙ ПРОБЫ ПРИМЕНЯЮТ РАСТВОР (%)

!+3
!0,5
!10
!20

?ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ПРИ РАЗВИВШЕЙСЯ СТАДИИ ПАРОДОНТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР

!+0,06% Хлоргексидина
!2,5% Йода
!40% Формалина
!Бриллиантовый зеленый

?ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ ДЛЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПОВЯЗОК ПРИМЕНЯЮТ МАЗЬ

!+5% Бутадионовую
!0,25% Оксолиновую
!2% Неомициновую
!5% Синтомициновую

?ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИОДЕРМИИ ПРИМЕНЯЮТ МАЗЬ

!+Банеоцин
!Клотримазол (Канестен)
!Бутадионовую
!Гепариновую

?К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ, НАЗНАЧАЕМЫМ ПРИ ГЕРПАНГИНЕ В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯТ

!+противовирусные препараты
!антисептики
!антибиотики
!кератопластики

?ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ПРИ СРЕДНЕТЯЖЁЛОЙ И ТЯЖЁЛОЙ ФОРМАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

!+Ацикловир
!Тетрациклин
!Сульфадиметоксин
!Нистатин

?ДЛЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ПРИМЕНЯЮТ

!+противовирусные препараты
!антисептики

!протеолитические ферменты
!обезболивающие средства

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИОДЕРМИИ ВНУТРЬ НАЗНАЧАЮТ ДЕСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ, ПОЛИВИТАМИНЫ И

!+сульфаниламиды
!противогрибковые
!противовирусные
!кортикостероиды

?ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ МАЗЬ

!+Канестен (Клотримазол)
!Гепариновую
!Бонафтоновую
!Солкосерил

?К КЕРАТОПЛАСТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСЯТ

!+Актовегин, Солкосерил
!Неомициновая мазь
!Теброфеновая мазь
!Клотримазол

?К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ОТНОСЯТ

!+Формалин
!Картолин
!Лизоцим
!Витаон

?СПОСОБСТВУЕТ ГИПОСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И БЫСТРО УЛУЧШАЕТ САМОЧУВСТВИЕ БОЛЬНОГО МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМОЙ

!+внутривенное введение Тиосульфата натрия
!курс антибиотиков широкого спектра действия
!приём противовирусных препаратов внутрь и местно
!раствор Натрия салицилата в возрастной дозировке

?ПРИ ПИОДЕРМИИ НА КРАСНОЙ КАЙМЕ ГУБ ГНОЙНЫЕ КОРКИ РАЗМЯГЧАЮТ РАСТВОРОМ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА (%)

!+1
!3
!5
!10

?НЕЙТРАЛИЗАЦИЮ ХИМИЧЕСКИХ КИСЛОТНЫХ ОЖОГОВ ПРОВОДЯТ РАСТВОРОМ НАТРИЯ ГИДРОКАРБОНАТА (%)

!+1-2
!0,5
!5-10
!20-30

?ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КАНДИДОЗЕ НЕОБХОДИМО

!+удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия и затем канестеном или клотримазолом
!обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника
!обезболить, смазать мазью ацикловир
!обезболить, обработать 1-2% р-ром гидрокарбоната натрия, затем кератопластическими средствами

?К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ, ОТНОСЯТ

!+Резорцин-формалиновая смесь
!Винилин
!Метиленовый синий
!Витаон

?ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ПРИМЕНЯЮТ

!+Солкосерил дентальную адгезивную пасту
!Флореналевую мазь
!Теброфеновую мазь
!Клотримазол мазь

?ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА (ОГС) ПРИМЕНЯЮТ МАЗЬ

!+Ацикловир
!Канестен
!Неомициновую
!Бутадионовую

?ПРИ КАНДИДОЗЕ ВНУТРЬ НАЗНАЧАЮТ ПРЕПАРАТЫ

!+противогрибковые
!противовирусные
!антибактериальные
!гормональные

?ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ ПОЛОСКАНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ (ХРАС) РЕКОМЕНДУЮТ

!+настои и отвары трав
!растворы антибиотиков
!раствор Борной кислоты

!раствор Аскорбиновой кислоты

?ЭТИОТРОПНЫМ СРЕДСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА (ОГС) В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ СРЕДСТВА

!+противовирусные

!жаропонижающие

!обезболивающие

!кератопластические

?ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+Лидокаин

!Мепивакаин

!Артикаин-форте

!Прокаин (Новокаин)

?ЭПИНЕФРИН (АДРЕНАЛИН) В РАСТВОРЕ АНЕСТЕТИКА НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДОБАВЛЯТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ ДЕТЯМ ДО (ЛЕТ)

!+5

!3

!7

!10

?ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА У ДЕТЕЙ ЗАВИСИТ ОТ

!+диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития

!возраста ребёнка, наличия сопутствующей соматической патологии

!стадии развития зубов и их групповой принадлежности

!только групповой принадлежности зубов

?ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВКЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

!+возраст ребёнка

!результат электроодонтодиагностики (ЭОД)

!результат рентгенологического исследования

!состояние остальных зубов (распространённость кариеса)

?ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЗУБОВ 5.1, 6.1 У РЕБЁНКА ШЕСТИ ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

!+их удаление

!динамическое наблюдение

!проведение репозиции и шинирования

!выдвижение в зубной ряд ортодонтическими методами

?УСТРАНЕНИЕ ДЕЙСТВУЮЩЕЙ ПРИЧИНЫ ПРИ ЛОКАЛЬНОМ ПАРОДОНТИТЕ

!+приводит к стабилизации процесса

!приводит к переходу в следующую фазу заболевания

!приводит к выздоровлению

!не влияет на течение заболевания

?ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ

!+гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

!гигиену полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа

!обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства

!обезболивание, массаж, смазывание дёсен кератопластиками

?ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ

!+гигиену полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапию

!гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

!гигиену полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа

!обезболивание, антибактериальные средства, физиотерапию

?ЛЕЧЕНИЕ АТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ

!+гигиену полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа

!гигиену полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапию

!гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

!обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства

?ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ

!+обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства

!гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

!гигиену полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа

!гигиену полости рта, обезболивание, массаж

?В БЛИЖАЙШИЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ РАНЕНИЙ ЯЗЫКА, МЯГКОГО НЁБА, ТКАНЕЙ ДНА РТА ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЖИЗНИ РЕБЁНКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ

!+асфиксия

!нарушение приёма пищи

!нарушение речи

!развитие гнойно-некротического процесса

?СРОК, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ПРОИСХОДИТ ПОЛНАЯ КОСТНАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ В ЛУНКЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПОСТОЯННОГО ЗУБА У ДЕТЕЙ, СОСТАВЛЯЕТ

!+3-6 месяцев

!2-4 недели

!4-6 недель

!6-8 недель

?ЭПИТЕЛИЗАЦИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ГЕРПАНГИНЕ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ (ДНИ)

!+10-12

!1 -2

!3-4

!5-6

?ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПЕРВЫЕ 3 ДНЯ НАЗНАЧАЮТ ПРЕПАРАТЫ

!+противовирусные и обезболивающие

!кератопластические

!антибактериальные

!противогрибковые

?НАСИЛЬСТВЕННОЕ ОТТОРЖЕНИЕ НАЛЁТА ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ФОРМЕ КАНДИДОЗА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

!+развитию генерализованной формы

!более быстрому выздоровлению

!отсутствию изменений

!летальному исходу

?ПРИ ПИОДЕРМИИ НА КРАСНОЙ КАЙМЕ И КОЖЕ ГУБ ВЫЯВЛЯЮТ

!+пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки

!эрозии, покрытые фибринозным налётом

!прозрачные корочки, фиксированные в центре

!уртикарную сыпь, разлитую гиперемиию

?ТРАВМАТИЧЕСКУЮ ЭРОЗИЮ СЛИЗИСТОЙ НИЖНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ КОНЧИКА ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ 1-2 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЮТ

!+преждевременно прорезавшиеся зубы

!средства гигиены полости рта новорождённых

!соски, резиновые рожки на бутылочках

!кольца для прорезывания зубов

?ПРИ АТОПИЧЕСКОМ (ЭКЗЕМАТОЗНОМ) ХЕЙЛИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

!+десенсибилизирующую терапию

!антибактериальную терапию

!противовирусную терапию

!антисептическую обработку

?ПРЕКРАТИТЬ РЕЦИДИВЫ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА И МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ИЛИ ЗНАЧИТЕЛЬНО СОКРАТИТЬ ЧАСТОТУ РЕЦИДИВОВ И (ИЛИ) ТЯЖЕСТЬ ПОМОГАЕТ

!+устранение хронических очагов инфекции в организме ребенка

!антисептическое полоскание рта в период между рецидивами

!систематическое применение противовирусных мазей на слизистую оболочку рта

!курсовое лечение поливитаминами 1 -2 раза в год

?ОБРАБОТКА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ НЕОБХОДИМА

!+после каждого приёма пищи

!каждый час

!перед едой

!только перед сном

?ОБРАБОТКА ПОЛОСТИ РТА ПРИ МОЛОЧНИЦЕ НЕОБХОДИМА

!+сразу после каждого приёма пищи

!каждый час

!перед едой

!только перед сном

?ОБРАБОТКА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ НЕОБХОДИМА

!+после каждого приёма пищи

!каждый час

!только перед сном

!через день

?ОБРАБОТКА ПОЛОСТИ РТА ПРИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЕ НЕОБХОДИМА

!+после каждого приёма пищи

!перед едой

!только перед сном

!через день

?ПОЛИМОРФИЗМ ВЫСЫПАНИЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

!+многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ)

!острого герпетического стоматита (ОГС)

!молочницы

!хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС)

?КЕРАТОПЛАСТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ В ПЕРИОД

!+угасания

!латентный

!продромальный

!катаральный

?ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕРПАНГИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+противовирусным
- !антибактериальным
- !физиотерапевтическим
- !кератопластическим

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ УШИБА ОДНОКОРНЕВОГО ПОСТОЯННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО

- !+разобщение прикуса в переднем отделе с помощью ортодонтического аппарата, щадящая диета
- !шинирование проволочно-композитной шиной на 2-4 недели
- !удаление травмированного зуба
- !ограничение жевательной нагрузки

?ОСТРЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ РАЗВИВАЕТСЯ

- !+при передозировке и при несвоевременном удалении пульпы после наложения мышьяковистой пасты
- !при выведении за верхушку пломбировочного материала
- !после проведения резорцин-формалинового метода
- !при медикаментозной обработке канала 3% Гипохлоритом натрия

?ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ СТОМАТИТЕ ВОЗМОЖНО ПОЯВЛЕНИЕ НА КОЖЕ ТЕЛА

- !+уртикарной сыпи
- !синюшно-красных пятен округлой формы, с пузырьком или папулой в центре
- !мелких пузырьковых высыпаний
- !пигментных пятен

?ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+профилактическое, эндодонтическое лечение после завершения формирования корня зуба по показаниям
- !пломбирование кариозных полостей
- !восстановление анатомической формы коронки зуба с помощью композитов
- !шинирование зубов

?МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА В СТАДИИ МЕЛОВИДНОГО ПЯТНА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- !+апликации реминерализирующих препаратов
- !препарировании с последующим пломбированием
- !апликации раствора Гидрокарбоната натрия
- !импрегнации 30% раствором Нитрата серебра

?ПЛОМБИРОВАНИЕ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ КОМПОЗИЦИОННЫМИ МАТЕРИАЛАМИ ПРИ ГИПОПЛАЗИИ ЗУБОВ МОЖНО ПРОВОДИТЬ РЕБЁНКУ

- !+старше 12 лет
- !сразу после их прорезывания
- !7-8 лет
- !8-9 лет

?ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- !+Кальций-фосфатный гель
- !раствор Нитрата серебра 30%
- !раствор Шиллера - Писарева
- !Гипохлорит натрия

?ДЛЯ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ ПРИМЕНЯЮТ

- !+препараты на основе гидроокиси кальция
- !пасту с гормональными препаратами
- !пасту с антибиотиками
- !резорцин-формалиновая пасту

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ МОЖНО БЕЗ ПРОКЛАДКИ ПРИМЕНЯТЬ

- !+стеклоиономерный цемент (СИЦ)
- !Силидонт
- !композитные материалы
- !Силицин

?К ПЛОМБИРОВОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ БЕЗ ПРОКЛАДКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ, ОТНОСЯТ

- !+компомеры
- !амальгаму
- !композитные материалы
- !Силицин

?ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 7.5 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ

- !+клювовидные несходящиеся
- !клювовидные сходящиеся
- !байонетные
- !прямые

?УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОИЗВОДИТЬ ЩИПЦАМИ

- !+прямыми
- !клювовидными со сходящимися щёчками
- !S-образно изогнутыми
- !штыковидными

?ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ЩИПЦЫ

!+прямые

!клювовидные со сходящимися щёчками

!S-образно изогнутые

!байонетные

?УДАЛЕНИЕ СВЕРХКОМПЛЕКТНОГО ЗУБА, РАСПОЛАГАЮЩЕГОСЯ В ОБЛАСТИ ЗУБОВ 1.1, 2.1 И ОБУСЛОВЛИВАЮЩЕГО НАЛИЧИЕ ДИАСТЕМЫ, СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

!+7-8

!5-7

!8-9

!9-10

?ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ВТОРОГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ЩИПЦЫ КЛЮВОВИДНЫЕ

!+несходящиеся

!изогнутые по плоскости

!в зависимости от стороны челюсти

!в зависимости от степени резорбции корней

?КЮРЕТАЖ ЛУНКИ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННОГО ЗУБА

!+не проводится

!проводится

!проводится при наличии воспаления в периапикальных тканях

!проводится при удалении по поводу вколоченного вывиха

?ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ СПЕЦИАЛЬНЫЕ НАБОРЫ ЩИПЦОВ

!+существуют

!не существуют

!существуют только для верхней челюсти

!существуют только для нижней челюсти

?ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ЩИПЦОВ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

!+отличаются

!не отличаются

!отличаются при удалении на верхней челюсти; не отличаются - на нижней

!отличаются при удалении на нижней челюсти; не отличаются - на верхней

?ЭТАПЫ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ЗУБА И ПОСТОЯННОГО

!+различны

!одинаковы

!различны только на верхней челюсти

!различны только на нижней челюсти

?ПРИ НАЛИЧИИ СВИЩА НА ДЕСНЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ПРИЧИННОМУ ВРЕМЕННОМУ ЗУБУ ПОКАЗАНО

!+удаление зуба

!эндодонтическое лечение без выведения материала за верхушку

!эндодонтическое лечение без выведения материала за верхушку с последующей пластикой свищевого хода

!эндодонтическое лечение с выведением материала за верхушку

?ПРЯМЫЕ ЩИПЦЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

!+клыков верхней челюсти

!постоянных моляров верхней челюсти

!временных моляров верхней челюсти

!временных моляров нижней челюсти

?КЛЮВОВИДНЫЕ ЩИПЦЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

!+боковых временных резцов нижней челюсти

!центральных временных резцов верхней челюсти

!временных моляров верхней челюсти

!клыков верхней челюсти

?ЗУБЫ 5.1, 6.1 ПРИ ПОЛНОМ ВКОЛОЧЕННОМ ВЫВИХЕ У РЕБЁНКА ТРЁХ ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

!+удалить

!провести репозицию

!оставить под наблюдением

!провести эндодонтическое лечение

?ЗУБ 6.1 У РЕБЁНКА ПЯТИ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРНЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

!+удалить

!сохранить, используя штифт

!оставить под наблюдением

!провести эндодонтическое лечение

?ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ С ПЕРЕЛОМОМ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШИНУ

!+пластмассовую зубнаддесневую

!пластмассовую назубную

!проволочную с зацепными петлями

!гладкую шину-скобу

?ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ПРИЧИННЫЙ ВРЕМЕННЫЙ МНОГОКОРНЕВОЙ ЗУБ СЛЕДУЕТ

- !+удалить
- !трепанировать и пломбировать
- !пломбировать и произвести резекцию верхушки корня
- !удалить по показаниям

?ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ПРИЧИННЫЙ ВРЕМЕННЫЙ ОДНОКОРНЕВОЙ ЗУБ СЛЕДУЕТ

- !+удалить
- !трепанировать и пломбировать
- !пломбировать и произвести резекцию верхушки корня
- !удалить по показаниям

?СТЕКЛОИОНОМЕРНЫЕ ЦЕМЕНТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ЗУБОВ

- !+всех молочных и постоянных
- !только молочных несформированных
- !только молочных сформированных
- !только постоянных несформированных

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ МОЖНО БЕЗ ПРОКЛАДКИ ПРИМЕНЯТЬ

- !+стеклоиономерные цементы
- !амальгаму
- !композитные материалы
- !Силицин

?ЗУБ 5.1 У РЕБЁНКА ТРЁХ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НА УРОВНЕ ШЕЙКИ ЗУБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- !+сохранить, проведя эндодонтическое лечение
- !удалить
- !оставить под наблюдением
- !сохранить, используя культевую штифтовую вкладку

?ПОКАЗАНИЕМ К МЕТОДУ ДЕВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ФОРМЫ ПУЛЬПИТА В МОЛЯРАХ

- !+временных независимо от стадии развития и в несформированных постоянных
- !временных независимо от стадии развития корня
- !сформированных постоянных
- !несформированных постоянных

?ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы
- !перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы
- !хронический гангренозный пульпит в постоянном однокорневом зубе с несформированным корнем
- !пульпит во временных молярах независимо от стадии формирования корня

?МЕТОДОМ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ ПРОВОДЯТ ЛЕЧЕНИЕ

- !+при переломе коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах спустя 48 часов после травмы
- !всех форм пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня
- !всех форм пульпита в несформированных постоянных молярах
- !хронического фиброзного пульпита в постоянных несформированных однокорневых зубах

?КАНАЛЫ ВРЕМЕННЫХ СФОРМИРОВАННЫХ ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПЛОМБИРОВАТЬ

- !+пастой из окиси цинка на масляной основе
- !фосфат-цементом
- !гуттаперчевыми штифтами
- !серебряными штифтами

?ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ СФОРМИРОВАННОГО ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА СО СВИЩЁМ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПОСЛЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ СЛЕДУЕТ

- !+запломбировать канал
- !оставить зуб открытым
- !наложить временную пломбу (повязку)
- !направить на физиотерапию

?ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПОСТОЯННОГО ОДНОКОРНЕВОГО НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГРАНУЛЯЦИИ В ЭТО ЖЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ

- !+пломбирование канала пастой
- !противовоспалительную терапию
- !физиотерапевтические процедуры
- !удаление зуба

?РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО ПИЕЛОНЕФРИТОМ, ВКЛЮЧАЕТ

- !+удаление зуба
- !пломбирование каналов пастой на масляной основе
- !пломбирование каналов пастой на основе гидроокиси кальция !пломбирование каналов резорцин-формалиновой пастой

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННОГО ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- !+вскрыть полость зуба, раскрыть её, удалить распавшуюся коронковую и корневую пульпу, промыть антисептиками канал, раскрыть верхушку корня, запломбировать канал
- !в первое посещение обработать настойкой йода переходную складку и соседние зубы, обработать кариозную полость, раскрыть полость зуба, оставить зуб открытым
- !раскрыть полость зуба, удалить распад из канала, назначить тёплые ротовые ванночки
- !удалить распад из канала, оставить турунду с антисептиком

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННЫХ СФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- !+репозицию и шинирование зуба на 3-4 недели
- !вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
- !только динамическое наблюдение
- !репозицию

?ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ РЕКОМЕНДУЮТ

- !+биологический метод лечения пульпита с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой
- !закрытие линии перелома фтор-цементом
- !витальную ампутацию
- !высокую ампутацию

?ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ ПОСТОЯННОГО СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- !+экстирпацию пульпы
- !высокую ампутацию пульпы
- !витальную ампутацию
- !биологический метод с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ В ПЕРВЫЕ 2 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ

- !+щадящий режим питания, противовоспалительную терапию, динамическое наблюдение
- !вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
- !репозицию зуба и шинирование на 3-4 недели
- !эндодонтическое лечение

?ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЗУБА 1.1 В РЕЗУЛЬТАТЕ УЛИЧНОЙ ТРАВМЫ У РЕБЁНКА 10 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- !+реплантация зуба с предварительной его трепанацией, депульпированием и пломбированием
- !устранение дефекта съёмным протезом
- !реплантация зуба без пломбирования
- !устранение дефекта имплантатом

?ЗУБ 6.1 У РЕБЁНКА ТРЁХ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ СО ВСКРЫТИЕМ ПОЛОСТИ ЗУБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- !+сохранить, проведя эндодонтическое лечение
- !сохранить, восстановив коронку культевой вкладкой
- !сохранить, используя штифт
- !удалить

?РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОПЛАЗИИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ПОСТОЯННЫХ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ У РЕБЁНКА 8 ЛЕТ НАЗЫВАЮТ

- !+пломбирование стеклоиономерными цементами с последующим восстановлением стандартными защитными коронками
- !протезирование фарфоровыми коронками
- !пломбирование композитными материалами
- !динамическое наблюдение

?МЕТОД «СЕРЕБРЕНИЯ» ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- !+начальных форм кариеса временных зубов
- !начальных форм кариеса постоянных зубов
- !хронического гранулирующего периодонтита
- !хронического фиброзного пульпита

?ЧАСТОТА РЕЦИДИВОВ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- !+снижением иммунитета
- !возрастом ребёнка
- !временем года
- !конституцией ребёнка

?НЕКРОЗЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- !+крови и кровянистых выделений
- !центральной нервной системы
- !хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта
- !почек

?К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ДЕТЕЙ ОТНОСИТСЯ

- !+альвеолит
- !вывих височно-нижнечелюстного сустава
- !перелом корня зуба
- !травма зачатка

?НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ

- !+4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6
- !4.1, 4.2, 3.1, 3.2
- !1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6
- !1.2, 1.1, 2.1, 2.2

?У ДЕТЕЙ 2-3 ЛЕТ СРЕДИ УКАЗАННЫХ ПРИЧИН ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРЕОБЛАДАЕТ ИНФЕКЦИЯ

- !+стоматогенная
- !посттравматическая
- !одонтогенная
- !специфическая

?НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

!+зубы 4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6

!зубы 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6

!ОРВИ и детские инфекционные заболевания

!ЛОР-органы

?НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ

!+4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6

!4.2, 4.1, 3.1, 3.2

!1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6

!1.2, 1.1, 2.1, 2.2

?ВО ВРЕМЕННОМ ПРИКУСЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЫВИХОВ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШИНУ ПЛАСТМАССОВУЮ

!+назубную

!зубонаддесневую

!Вебера

!Ванкевич

?КОРРЕКЦИЮ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

!+через 8-10 месяцев после заживления раны

!сразу после обнаружения

!через 5 лет после травмы

!после окончания формирования и роста тканей

?КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА В ПОСТОЯННЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ЗУБАХ ЯВЛЯЕТСЯ

!+апексогенез

!апексификация

!формирование дентинного мостика

!трёхмерная obturation корневого канала

?ОКОНЧАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОРНЯ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПО СРАВНЕНИЮ С СИММЕТРИЧНЫМ ЗУБОМ

!+будет проходить быстрее

!будет проходить медленнее

!будет проходить одновременно со здоровым симметричным зубом

!прекратится

?ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА НЕСФОРМИРОВАННЫХ ЗУБОВ АМПУТАЦИОННЫМ МЕТОДОМ КОНТРОЛИРУЮТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ

!+через 3-6 месяцев, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня

!через 3 недели, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня

!однократно после завершения лечения

!однократно через 1 год после лечения

?ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДИТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

!+местная гипоплазия эмали

!системная гипоплазия эмали

!несовершенный амелогенез

!несовершенный одонтогенез

?ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДИТИТА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

!+восстановление структуры костной ткани на рентгенограмме (апексификация)

!отсутствие боли при накусывании

!отсутствие рецидивов воспаления

!отсутствие свища на десне

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ

!+щадящую диету, противовоспалительное лечение, динамическое наблюдение, удаление при нарастании воспаления

!вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов

!репозицию

!удаление зуба

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ УШИБА ОДНОКОРНЕВОГО ВРЕМЕННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ

!+сошлифовывание зубов-антагонистов, щадящую диету

!удаление травмированного зуба

!эндодонтическое лечение

!шинирование зуба

?ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА СО СМЕЩЕНИЕМ ВКЛЮЧАЕТ

!+удаление зуба

!репозицию

!динамическое наблюдение за зубом

!эндодонтическое лечение

?ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ (ЛЕТ)

!+до 3

!до 5

!с 3 до 5

!с 6 до 8

?ВТОРАЯ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ

!+практически здоровых, имеющих хроническое заболевание, не сказывающееся на функции жизненно важных органов

!с хроническими заболеваниями

!здоровых

!не нуждающиеся в стоматологической помощи

?ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ УЧАСТИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

!+стоматологические кабинеты школ

!отделения челюстно-лицевой хирургии

!детские стоматологические поликлиники

!стоматологические отделения лечебно-профилактических учреждений

?ТРЕТЬЯ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ

!+с хроническими заболеваниями

!практически здоровых, имеющих хроническое заболевание, не сказывающееся на функции жизненно важных органов

!здоровых

!инвалидов

?ЗАДАЧА ВРАЧА ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА В I ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ СОСТОИТ В

!+предупреждении возникновения факторов риска

!устранении факторов риска

!повышении уровня здоровья

!назначении коррегирующих (лечебных) мероприятий

?ЭНДОГЕННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В

!+антенатальный период

!первое полугодие первого года жизни

!второе полугодие первого года жизни

!третий год жизни

?ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАНДИДОЗА НИСТАТИН НАЗНАЧАЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

!+антибиотиками

!противовирусными препаратами

!антигистаминными препаратами

!анальгетиками

?РЕБЁНКУ С III СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА В ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ НАЗНАЧАЮТСЯ

!+лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора

!лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав

!гигиенические зубные эликсиры

!гигиенические зубные пасты и эликсиры

?В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ

!+мясные консервы

!кисломолочные продукты

!зелень, овощи

!сыры

?В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ

!+конфеты

!творог

!овощи

!мясо

?ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ РЕБЁНКА НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ

!+с 1 года

!в период прорезывания первых временных зубов

!в период прорезывания первых постоянных зубов

!у первоклассников

?ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ Понижается под действием

!+глюконата кальция

!углеводистой пищи

!ультрафиолетового облучения

!цитрусовых

?ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ЭМАЛИ ПРОРЕЗАВШИХСЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У КАРИЕСОВОСПРИИМЧИВЫХ ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

!+гель GC Tooth Mousse

!30% раствор Нитрата серебра

!2% раствор Пищевой соды

!Йодид калия

?ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ

!+первые моляры и фронтальные зубы

!фронтальные зубы

!все группы зубов

!резцы и вторые моляры

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ФЛЮОРОЗА ОТНОСЯТ

!+белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации

!слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
!меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
!борозды, параллельные режущему краю

?ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА

!+косметический недостаток
!боли от горячего раздражителя
!ночные боли
!подвижность зубов

?К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ОТНОСЯТ

!+слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
!пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
!меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
!стирание твёрдых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

?К КЛИНИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ОТНОСЯТ

!+пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
!белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
!слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
!стирание твёрдых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

?К КЛИНИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА ОТНОСЯТ

!+изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба
!окрашивание коронок зубов в жёлтый цвет
!симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
!меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

?К КЛИНИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭМАЛИ ПРИ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБАХ ОТНОСЯТ

!+окрашивание коронок зубов в жёлтый цвет
!симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
!меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
!стирание твёрдых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

?НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ВЫЯВЛЯЮТ

!+облитерацию корневых каналов и полости зубов вскоре после прорезывания зуба
!расширение периодонтальной щели у верхушки корня
!корни зубов нормальной длины
!широкий просвет корневого канала

?К ПРИЧИННЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ НЕСОВЕРШЕННОГО ОДОНТОГЕНЕЗА (ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА) ОТНОСЯТ

!+передачу патологии твёрдых тканей по наследству
!хронический периодонтит молочного зуба
!заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
!вколоченный вывих молочных зубов

?К ПРИЧИННЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ФЛЮОРОЗА ОТНОСЯТ

!+интоксикацию фтором
!хронический периодонтит молочного зуба
!заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
!передачу патологии твёрдых тканей по наследству

?К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ, ОТНОСЯТ

!+несовершенный амелогенез
!системную гипоплазию
!тетрациклиновые зубы
!местную гипоплазию

?БАЗАЛЬНАЯ ДУГА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КРИВУЮ, ПРОХОДЯЩУЮ ПО

!+проекции верхушек корней зубов
!гребню альвеолярных отростков
!жевательной поверхности зубов
!режущему краю фронтальных зубов

?ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+клинический
!рентгенологический
!биометрический
!реографический

?В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НАХОДИТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К СКАТУ СУСТАВНОГО БУГОРКА

!+у основания
!на середине
!на вершине
!на любом участке

?ПРИ МАКСИМАЛЬНОМ ОТКРЫВАНИИ РТА СУСТАВНЫЕ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО СКАТА СУСТАВНОГО БУГОРКА

!+у вершины
!у основания

!в нижней трети

!на середине

?ВИД СООТНОШЕНИЯ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

!+прикус

!артикуляцию

!окклюзию

!межальвеолярную высоту

?КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО Е.И. ГАВРИЛОВУ ВКЛЮЧАЕТ КЛАССОВ

!+4

!2

!6

!3

?В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ ЗУБНЫЕ РЯДЫ В НОРМЕ

!+разобщены на 2-4 мм

!сомкнуты

!разобщены на 0,5-1 мм

!разобщены на 5-7 мм

?НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ

!+анатомо-физиологический

!анатомический

!антропометрический

!гнатологический

?ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ

!+зубным, суставным, мышечным

!язычным, мышечным, глотательным

!лицевым, глотательным, зубным

!лицевым, суставным, мышечным

?ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ ВОСКОВОГО БАЗИСА С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ЕГО УКРЕПЛЯЮТ

!+металлической проволокой

!быстродействующей пластмассой

!гипсовым блоком

!увеличением толщины базиса

?ВОСКОВУЮ КОНСТРУКЦИЮ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ИЗ ВОСКА

!+базисного

!липкого

!моделировочного

!бюгельного

?ПРИ НАЛИЧИИ ТРЁХ ПАР ЗУБОВ-АНТАГОНИСТОВ В КАЖДОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ГРУППЕ (ПРИ ОТСУТСТВИИ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА) ОПРЕДЕЛЯЮТ

!+центральную окклюзию

!центральное соотношение челюстей

!межальвеолярное расстояние

!высоту нижнего отдела лица

?ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ОТ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ НЕОБХОДИМО

!+измерить разницу между верхним и нижним отделом лица при физиологическом покое и в центральной окклюзии

!изготовить диагностические модели

!провести рентгенологическое исследование зубов

!провести реопарадонтотографию

?В ВОКОВЫХ ОККЛЮЗИЯХ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ В НОРМЕ МОЖЕТ БЫТЬ КОНТАКТ

!+щёчных бугров жевательных зубов (и) или контакт клыков

!резцов и щёчных бугров премоляров

!резцов

!дистальных бугров вторых моляров

?УГОЛ ТРАНСВЕРЗАЛЬНОГО СУСТАВНОГО ПУТИ (УГОЛ БЕННЕТА) В СРЕДНЕМ РАВЕН (В ГРАДУСАХ)

!+17

!26

!33

!60

?УГОЛ ТРАНСВЕРЗАЛЬНОГО РЕЗЦОВОГО ПУТИ (ГОТИЧЕСКИЙ УГОЛ) РАВЕН (В ГРАДУСАХ)

!100-110

!17-33

!40-60

!80-90

?НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+ортопантомография

!дентальная рентгенография

!панорамная рентгенография

!телерентгенография

?НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+дентальная рентгенография

!панорамная рентгенография

!ортопантомография

!телерентгенография

?ОККЛЮЗИОГРАММА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

!+окклюзионных контактов

!окклюзионной высоты

!выносливости тканей пародонта

!степени подвижности зубов

?КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО КЕННЕДИ ВКЛЮЧАЕТ КЛАССОВ

!+4

!2

!3

!5

?ВТОРОЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ШРЕДЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

!+средней степенью атрофии альвеолярного отростка, средней глубиной нёба

!полным отсутствием альвеолярного отростка, резким уменьшением размеров тела челюсти и альвеолярных бугров, плоским нёбом

!хорошо выраженной альвеолярной частью в переднем отделе и резко атрофичной в боковом отделе

!высоким альвеолярным отростком, хорошо выраженными альвеолярными буграми, глубоким нёбом

?ТРЕТИЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕЛЛЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

!+хорошо выраженной альвеолярной частью в переднем отделе и резко атрофированной в боковом отделе

!резко атрофированной альвеолярной частью в переднем отделе и хорошо выраженной в боковом отделе

!незначительной равномерной атрофией альвеолярной части

!полной атрофией альвеолярной части

?КЛАССИФИКАЦИЯ СУППЛИ ПРЕДЛОЖЕНА ДЛЯ

!+типов слизистой оболочки

!функциональных оттисков

!слепочных материалов

!форм скатов альвеолярных гребней

?ОККЛЮЗИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ АРТИКУЛЯЦИИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ

!+смыканием зубов

!всеми перемещениями нижней челюсти

!разобщением зубных рядов

!широким открыванием рта

?ПРИ ВНЕШНЕМ ОСМОТРЕ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ ПОВЫШЕННОЙ СТЁРТОСТИ ЗУБОВ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

!+углубление носогубных складок, старческое выражение лица

!асимметрия лица

!«птичье» лицо

!гиперемия кожных покровов

?ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СУПЕРКОНТАКТОВ В ЗАДНЕМ КОНТАКТНОМ ПОЛОЖЕНИИ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ СМЕЩАЮТ

!+дистально

!в правую боковую окклюзию

!в левую боковую окклюзию !в переднюю окклюзию

?ОТСУТСТВИЕ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ ОБУСЛОВЛЕНО

!+гипертрофией альвеолярного отростка челюстей

!смещением нижней челюсти

!изменением взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава

!выдвижением зубов

?ПРИ ПРЯМОМ ВИДЕ ПРИКУСА ВСТРЕЧАЕТСЯ ФОРМА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ

!+горизонтальная

!вертикальная

!смешанная

!компенсированная

?ФОРМОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОЙ ПОРАЖЕНЫ ВЕСТИБУЛЯРНАЯ И/ИЛИ ОРАЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+вертикальная

!декомпенсированная

!компенсированная

!горизонтальная

?ФОРМОЙ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, КОТОРАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА, ЯВЛЯЕТСЯ

!+компенсированная

!чрезмерная

!горизонтальная

!вертикальная

?В.А. ПОНОМАРЁВА ВЫДЕЛЯЕТ КОЛИЧЕСТВО ФОРМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ

- !+2
- !3
- !4
- !5

?ОТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ЭКСТРА- И ИНТРААЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТЯМИ ЗУБА ОСТАЁТСЯ НЕИЗМЕННЫМ ПРИ ФОРМЕ ФЕНОМЕНА ПОПОВА

- !+I
- !II, 2 группа
- !II, 1 группа
- !III

?НАЛИЧИЕ РАЗНОРОДНЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СПЛАВОВ В ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- !+гальванизма
- !пародонтита
- !пародонтоза
- !артрита височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)

?ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ КАК

- !+IV класс по классификации Кеннеди
- !III тип по классификации Шредера
- !III класс по классификации Кеннеди
- !I класс по классификации Келлера

?НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОТОКОВ ПОЛОСТИ РТА СОСТАВЛЯЮТ (МКА)

- !+1-3
- !2-6
- !2-5
- !3-7

?ПРИ ОСМОТРЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ОЧАГОВАЯ ГИПЕРЕМИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ГЕНЕЗЕ

- !+механическом
- !аллергическом
- !токсическом
- !соматическом

?НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЙ ФОРМОЙ ВЕСТИБУЛЯРНОГО СКАТА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+отвесная
- !отлогая
- !грибовидная
- !умеренно выраженная

?СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕЖДУ ВЫСОТОЙ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ И В ПОЛОЖЕНИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ СОСТАВЛЯЕТ (ММ)

- !+2-4
- !5-6
- !1
- !10

?К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ИЗМЕНЕНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ПОЛНОЙ УТРАТЫ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- !+смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
- !атрофию суставного бугорка
- !уплощение суставной ямки
- !истончение внутрисуставного диска

?МЕТОДОМ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ОСНОВАНИЮ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+телерентгенография
- !дентальная рентгенография
- !панорамная рентгенография
- !ортопантомография

?МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ ВЫНОСЛИВОСТИ ПАРОДОНТА К НАГРУЗКЕ НАЗЫВАЕТСЯ

- !+гнатодинамометрия
- !реопародонтография
- !миотонометрия
- !электромиография

?МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ ТОНУСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ НАЗЫВАЕТСЯ

- !+миотонометрия
- !реопародонтография
- !гнатодинамометрия
- !электромиография

?ГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД РЕГИСТРАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

- !+мастикациография
- !миотонометрия
- !одонтопародонтограмма
- !реопародонтография

?ПОКАЗАТЕЛИ РАЗНОСТИ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ПОТЕНЦИАЛОВ В ПОЛОСТИ РТА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЮТ (МВ)

- !+до 60
- !90-100
- !110-120
- !130-150

?ГНАТОДИНАМОМЕТРИЯ ИССЛЕДУЕТ

- !+силу жевательного давления и выносливость пародонта к нагрузке
- !движения нижней челюсти
- !биопотенциалы жевательных мышц
- !выносливость пародонта к нагрузке

?КОЭФФИЦИЕНТЫ ВЫНОСЛИВОСТИ ПАРОДОНТА ЗУБОВ, ПРЕДЛОЖЕННЫЕ В.Ю. КУРЛЯНДСКИМ, ПОЛУЧЕНЫ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

- !+гнатодинамометрии
- !анатомических особенностей строения зубов
- !подвижности зубов
- !жевательных проб

?АППАРАТ, ВОСПРОИЗВОДЯЩИЙ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- !+артикулятор
- !миограф
- !гнатодинамометр
- !параллеломер

?ГАЛЬВАНОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЛАВОВ

- !+разнородных
- !серебряно-палладиевых
- !кобальт-хромовых
- !на основе золота

?ОДОНТОПАРОДОНТОГРАММА СОДЕРЖИТ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ

- !+костной ткани пародонта
- !капилляров десны
- !слизистой оболочки полости рта
- !жевательных мышц

?ОДНОСТОРОННИЙ ДИСТАЛЬНО НЕОГРАНИЧЕННЫЙ (КОНЦЕВОЙ) ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ

- !+2
- !1
- !3
- !4

?ТОПОГРАФИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ФИБРОЗНОЙ ЗОНЫ ПОДАТЛИВОСТИ ПО ЛЮНДУ

- !+альвеолярный отросток
- !срединная часть твёрдого нёба
- !дистальная треть твёрдого нёба
- !переходная складка

?ПРИ ПОТЕРЕ ВОКОВЫХ ЗУБОВ ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ

- !+отражённый травматический узел
- !атрофический блок
- !прямой травматический узел
- !отсутствие всяких изменений

?АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ УКАЗЫВАЮТСЯ В ГРАФЕ

- !+перенесённые и сопутствующие заболевания
- !жалобы больного
- !развитие настоящего заболевания
- !внешний осмотр

?ВРЕМЯ И ПРИЧИНЫ ПОТЕРИ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ УКАЗЫВАЕТСЯ В ГРАФЕ

- !+развитие настоящего заболевания
- !жалобы больного
- !перенесённые и сопутствующие заболевания
- !внешний осмотр

?ЛОКАЛИЗАЦИЮ АССИМЕТРИИ ЛИЦА В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ УКАЗЫВАЮТ В ГРАФЕ

- !+внешний осмотр
- !жалобы больного
- !перенесённые и сопутствующие заболевания
- !развитие настоящего заболевания

?К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ ВИДУ ПРИКУСА ОТНОСИТСЯ

- !+глубокий
- !прямой
- !бипрогнатический
- !ортогнатический

?ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !рентгенография
- !осмотр
- !пальпация
- !опрос

?ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ ЩЕЧНОЙ МЫШЦЫ

- !+buccalis
- !masseter
- !temporalis
- !orbicularis oris

?ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА

- !+orbicularis oris
- !buccalis
- !temporalis
- !masseter

?ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ СОБСТВЕННО ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ

- !+masseter
- !buccalis
- !temporalis
- !orbicularis oris

?ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ ВИСОЧНОЙ МЫШЦЫ

- !+temporalis
- !buccalis
- !masseter
- !orbicularis oris

?ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ НАРУЖНОЙ КРЫЛОВИДНОЙ МЫШЦЫ

- !+pterygoideus lateralis
- !pterygoideus medialis
- !temporalis
- !masseter

?СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СТОРОНУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ МЫШЦЕЙ

- !+латеральной крыловидной
- !подбородочно-подъязычной
- !челюстно-подъязычной
- !височной

?В ПОДНЯТИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УЧАСТВУЕТ МЫШЦА

- !+собственно жевательная
- !челюстно-подъязычная
- !подбородочно-подъязычная
- !латеральная крыловидная

?В ОПУСКАНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УЧАСТВУЕТ МЫШЦА

- !+подбородочно-подъязычная
- !латеральная крыловидная
- !височная
- !медиальная крыловидная

?ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 3.7 ОБОЗНАЧАЕТ

- !+второй моляр нижней челюсти слева
- !центральный резец нижней челюсти слева
- !клык нижней челюсти справа
- !первый моляр верхней челюсти справа

?ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 1.1 ОБОЗНАЧАЕТ

- !+центральный резец верхней челюсти справа
- !первый моляр верхней челюсти справа
- !центральный резец нижней челюсти слева
- !первый премоляр нижней челюсти справа

?ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 2.3 ОБОЗНАЧАЕТ

- !+клык верхней челюсти слева
- !первый премоляр нижней челюсти слева
- !центральный резец верхней челюсти слева
- !клык нижней челюсти справа

?ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 4.3 ОБОЗНАЧАЕТ

- !+клык нижней челюсти справа
- !первый моляр нижней челюсти справа
- !второй моляр нижней челюсти слева
- !клык нижней челюсти слева

?ПРОМЕЖУТОК МЕЖДУ ЦЕНТРАЛЬНЫМИ РЕЗЦАМИ НАЗЫВАЕТСЯ

!+диастема

!трема

!межзубное пространство

!щелевидный промежуток

?ПРОМЕЖУТОК МЕЖДУ ЗУБАМИ, КРОМЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НАЗЫВАЕТСЯ

!+трема

!диастема

!межзубное пространство

!щелевидный промежуток

?ЕСЛИ ВО ВРЕМЯ ОСМОТРА ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТА ВОЗНИКЛО ПОДОЗРЕНИЕ НА НАЛИЧИЕ У НЕГО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ВРАЧ ДОЛЖЕН

!+закончить осмотр, направить пациента на анализ крови

!сказать больному о своём подозрении

!отказать больному в оказании стоматологической помощи

!продолжить осмотр и начать лечение стоматологического заболевания

?ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ КРЫЛОВИДНОЙ МЫШЦЫ

!+pterygoideus medialis

!masseter

!temporalis

!pterygoideus lateralis

?ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ ДВУБРЮШНОЙ МЫШЦЫ

!+digastricus

!pterygoideus medialis

!temporalis

!pterygoideus lateralis

?ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ПОДЪЯЗЫЧНОЙ МЫШЦЫ

!+mylohyoideus

!genioglossus

!digastricus

!geniohyoideus

?ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 2.1 ОБОЗНАЧАЕТ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РЕЗЕЦ ЧЕЛЮСТИ

!+верхней слева

!верхней справа

!нижней слева

!нижней справа

?ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 1.6 ОБОЗНАЧАЕТ

!+первый моляр верхней челюсти справа

!центральный резец верхней челюсти слева

!первый премоляр нижней челюсти справа

!второй моляр нижней челюсти слева

?ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 3.5 ОБОЗНАЧАЕТ

!+второй премоляр нижней челюсти слева

!первый премоляр нижней челюсти справа

!центральный резец верхней челюсти справа

!второй моляр нижней челюсти слева

?ОБСЛЕДОВАНИЕ ЗУБОВ В ПОЛОСТИ РТА НАЧИНАЮТ С МОЛЯРОВ И ЗАКАНЧИВАЮТ МОЛЯРАМИ

!+правых верхних; нижними правыми

!левых верхних; нижними левыми

!левых нижних; левыми верхними

!правых нижних; правыми верхними

?СТЕПЕНЬ АТРОФИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЛУНКИ ЗУБА ОПРЕДЕЛЯЮТ

!+пародонтальным зондом

!пальпаторно

!шпателем

!пинцетом

?ИЗМЕРЕНИЕ ВЫНОСЛИВОСТИ ПАРОДОНТА К ВЕРТИКАЛЬНОЙ НАГРУЗКЕ НАЗЫВАЕТСЯ

!+гнатодинамометрия

!реопародонтография

!миотонометрия

!электромиография

?ИЗМЕРЕНИЕ ТОНУСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ (В ГРАММАХ) НАЗЫВАЕТСЯ

!+миотонометрия

!реопародонтография

!электромиография

!мастикациография

?МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ НА ОСНОВЕ ГРАФИЧЕСКОЙ РЕГИСТРАЦИИ БИОПОТЕНЦИАЛОВ МЫШЦ НАЗЫВАЕТСЯ

!+электромиография

!реопародонтография
!миотонометрия
!мастикациография

?ЗАПИСЬ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ РАЗЖЕВЫВАНИИ ЛЕСНОГО ОРЕХА МАССОЙ 0,8 Г НАЗЫВАЕТСЯ

!+мастикациография
!реопародонтография
!миотонометрия
!электромиография

?ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПУЛЬПЕ ЗУБЕ НАЗЫВАЕТСЯ

!+реодонтография
!реопародонтография
!миотонометрия
!реоартрография

?РЕАКЦИЯ ЗУБА НА ТЕМПЕРАТУРНЫЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ НАЗЫВАЕТСЯ

!+термодиагностика
!реопародонтография
!электроодонтодиагностика
!реодонтография

?ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПУЛЬПЫ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ

!+электроодонтодиагностика
!реопародонтография
!термодиагностика
!реодонтография

?ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБА ПО ЭНТИНУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ

!+вестибуло-оральном
!вертикальном
!круговом
!мезио-дистальном

?ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБА ПО ЭНТИНУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ

!+вестибуло-оральном и мезио-дистальном
!вертикальном
!круговом
!вестибуло-оральном

?СХЕМА, ОТОБРАЖАЮЩАЯ СОСТОЯНИЕ ОПОРНО- УДЕРЖИВАЮЩЕГО АППАРАТА ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

!+одонтопародонтограмма
!гнатодинамометрия
!реопародонтограмма
!мастикациография

?ДВИЖЕНИЯ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИЗУЧАЮТ С ПОМОЩЬЮ

!+рентгенокинематографии
!томограммы ВНЧС
!реоартрографии
!реопародонтографии

?ВВЕДЕНИЕ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА В СУСТАВНУЮ ЩЕЛЬ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕНТГЕНОГРАФИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

!+артрография
!реопародонтографии
!рентгенокинематография
!реодонтография

?МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА В ПОЛОСТИ РТА НАЗЫВАЕТСЯ

!+гальванометрия
!электроодонтометрия
!артрография
!реодонтография

?ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПОРОГ ВОЗБУЖДЕНИЯ ИНТАКТНЫХ ЗУБОВ РАВЕН (МКА)

!+2-6
!20-40
!40-60
!60-90

?ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПОРОГ ВОЗБУЖДЕНИЯ ПРИ ФИБРОЗНОМ ВОСПАЛЕНИИ ПУЛЬПЫ РАВЕН (МКА)

!+20-40
!2-6
!40-60
!60-90

?ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБА ОПРЕДЕЛЯЮТ

!+пинцетом
!элеватором

!гладилкой
!экскаватором

?СЛЕДСТВИЕМ КАРИЕСА ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
!+частичное разрушение коронки зуба
!флюороз
!клиновидный дефект
!гипоплазия эмали

?СЛЕДСТВИЕМ КАРИЕСА ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
!+полное разрушение коронки зуба
!эрозия твёрдых тканей зуба
!гиперплазия эмали
!аномалия развития и прорезывания зубов

?ФОРМА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, КОТОРАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА, НАЗЫВАЕТСЯ
!+компенсированной
!декомпенсированной
!горизонтальной
!вертикальной

?В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАХОДИТСЯ
!+у основания ската суставного бугорка
!на вершине суставного бугорка
!на середине ската суставного бугорка
!в центре суставной ямки

?КЛЮЧОМ ОККЛЮЗИИ (ПО ЭНГЛЮ), ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ПРИЗНАК ПРИКУСА, ЯВЛЯЕТСЯ СООТНОШЕНИЕ
!+первых моляров
!центральных резцов
!клыков
!первых премоляров

?РАЗНИЦА ВЕЛИЧИН ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ И В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ (ММ)
!+2-4
!5-7
!7-9
!10-12

?МЕТОД СУБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ВКЛЮЧАЕТ
!+опрос
!пальпацию
!осмотр
!зондирование

?КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
!+перкуссия
!мастикациография
!электроодонтодиагностика
!томография

?КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
!+пальпация
!электромиография
!электроодонтодиагностика
!прицельная рентгенография

?ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ ЭНТИН ПОДРАЗДЕЛЯЛ НА СТЕПЕНИ
!+3
!2
!4
!5

?ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБА I СТЕПЕНИ ПО ЭНТИНУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
!+перемещением зуба в вестибулооральном направлении
!вращением зуба в лунке во всех направлениях вокруг своей оси
!перемещением зуба в вестибулооральном и медиодистальном направлении
!перемещением зуба в вестибулооральном, медиодистальном, вертикальном направлениях

?К КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ОТНОСИТСЯ
!+зондирование
!электроодонтодиагностика
!томография
!мастикациография

?ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МЕТОДА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЛЬПАЦИЕЙ ВОЗМОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ
!+податливость слизистой оболочки рта
!глубину кариозной полости
!глубину зубодесневого кармана

!глубину погружения края штампованной коронки на опорном зубе

?ГРАНИЦА МЕЖДУ ЭМАЛЬЮ КОРОНКИ И ЦЕМЕНТОМ КОРНЯ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ

!+анатомическая шейка зуба

!клиническая шейка зуба

!экватор зуба

!граница над- и поддесневой частей зуба

?ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ВРАЧЕБНОГО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ПРИЁМА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

!+история болезни

!бланк направления

!заказ-наряд

!талон назначения больного к врачу

?ОДОНТОПАРОДОНТОГРАММА ПРЕДЛОЖЕНА

!+Курляндским В.Ю.

!Гельманом С.Е.

!Рубиновым С.И.

!Агаповым Н.И.

?СТЕПЕНЬ ИЗМЕЛЬЧЕНИЯ ПИЩИ В ЕДИНИЦУ ВРЕМЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ

!+жевательную эффективность

!выносливость пародонта

!выносливость зубочелюстной системы

!абсолютную силу жевательных мышц

?1/4 СТЕПЕНЬ АТРОФИИ ЛУНКИ ЗУБА СООТВЕТСТВУЕТ _____ ВЫСОТЫ АНАТОМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЗУБА

!+половине размера

!двум размерам

!1,5 размерам

!одному размеру

?1/2 СТЕПЕНЬ АТРОФИИ ЛУНКИ ЗУБА СООТВЕТСТВУЕТ _____ ВЫСОТЫ АНАТОМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЗУБА

!+одному размеру

!двум размерам

!1,5 размерам

!половине размера

?3/4 СТЕПЕНИ АТРОФИИ ЛУНКИ ЗУБА СООТВЕТСТВУЕТ _____ ВЫСОТЫ АНАТОМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЗУБА

!+1,5 размерам

!двум размерам

!одному размеру

!половине размера

?В НОРМЕ СООТНОШЕНИЕ ДЛИНЫ КОРОНКИ И КОРНЯ ЗУБА ОДИН К

!+2

!1

!3

!4

?АРТИКУЛЯЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

!+всевозможные движения и положения нижней челюсти относительно верхней

!смещение нижней челюсти дистально

!выдвижение нижней челюсти только вперёд

!движение нижней челюсти только вправо и влево

?ПРИКУС ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

!+вид смыкания зубных рядов в центральной окклюзии

!вид окклюзии зубов

!любое смыкание зубных рядов

!смыкание зубных рядов при выдвижении нижней челюсти вперёд

?ТРАНСВЕРЗАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ ПО ИМЕНИ АВТОРА НАЗЫВАЕТСЯ КРИВАЯ

!+Уилсона

!Шпее

!Беннетта

!Хантера

?ПРИ ПРЯМОМ ПРИКУСЕ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

!+режущие края верхних резцов контактируют с режущими краями нижних резцов встык

!верхние резцы перекрывают нижние на 2-4 мм

!нижние резцы перекрывают верхние на 2-4 мм

!верхние резцы перекрывают нижние на 1 мм

?ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

!+при плотном режуще-бугорковом контакте верхние резцы перекрывают нижние не более 1/3 высоты коронки

!режущие края верхних резцов контактируют с нижними резцами встык

!нижние резцы перекрывают верхние на 2-4 мм

!центральные резцы обеих челюстей наклонены вперёд, контакт между ними и глубина перекрытия сохранены

?В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ

!+напряжение мышц, опускающих и поднимающих нижнюю челюсть, равнозначно, окклюзионные поверхности зубов разобщены в среднем на 2-4 мм

!жевательные мышцы находятся в состоянии слабого напряжения

!жевательные мышцы напряжены умеренно

!жевательные мышцы напряжены максимально

?ЦИКЛ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ

!+возвращением в положение центральной окклюзии

!смещением в сторону

!опусканием и выдвиганием вперед из положения центральной окклюзии

!возвращением в переднюю окклюзию

?ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В БИПРОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ

!+центральные резцы обеих челюстей наклонены вперед, контакт между ними и глубина перекрытия сохранены

!верхние резцы перекрывают нижние на 1 мм

!режущие края верхних резцов контактируют с нижними резцами встык

!нижние резцы перекрывают верхние на 2-4 мм

?ДЕСНЕВОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ЖЕЛОБОК ИМЕЕТ ГЛУБИНУ НЕ БОЛЕЕ (ММ)

!+0,5-1

!2-3

!4-5

!6-7

?К ПЕРВОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ОТНОСИТСЯ ДЕФЕКТ

!+двусторонний концевой

!односторонний концевой

!включенный в боковом отделе

!включенный в переднем отделе

?ЗУБНЫЕ РЯДЫ С ОДНОСТОРОННИМИ КОНЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ

!+2

!1

!3

!4

?ЗОНА ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА, ОБУСЛОВЛЕННАЯ СОСУДИСТЫМИ ПОЛЯМИ, ПО Е.И. ГАВРИЛОВУ, НАЗЫВАЕТСЯ

!буферной

!фиброзной

!железистой

!клапанной

?СПОСОБНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ СЖИМАТЬСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ВЕРТИКАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

!+податливость

!ретенция

!когезия

!адгезия

?СТЕПЕНЬ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА (АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УРОВНЕМ РАСПОЛОЖЕНИЯ ВЕРШИНЫ ГРЕБНЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К

!+переходной складке

!шейкам естественных зубов

!окклюзионной поверхности естественных зубов

!зубам-антагонистам

?ЭСТЕЗИОМЕТР ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

!+болевого чувствительности слизистой оболочки

!податливости слизистой оболочки

!подвижности естественных зубов

!выносливости пародонта к нагрузке

?ЗОНУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ С НАИМЕНЕЕ ВЫРАЖЕННОЙ ПОДАТЛИВОСТЬЮ (ПО ЛЮНДУ) НАЗЫВАЮТ

!+центральной фиброзной

!жировой

!железистой

!переходной складкой

?ЦЕНТРАЛЬНАЯ ФИБРОЗНАЯ ЗОНА ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО ЛЮНДУ РАСПОЛАГАЕТСЯ В

!+срединном костном шве твердого неба

!альвеолярном отростке

!дистальной трети твердого неба

!области небных складок

?ЖИРОВАЯ ЗОНА ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ (ПО ЛЮНДУ) РАСПОЛАГАЕТСЯ В

!+передней трети твердого неба

!дистальной трети твердого неба

!альвеолярном отростке

!срединной части твердого неба

?ЖЕЛЕЗИСТАЯ ЗОНА ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ (ПО ЛЮНДУ) РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- !+дистальной трети твёрдого нёба
- !срединной части твёрдого нёба
- !области нёбных складок
- !альвеолярном отростке

?БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- !+эстезиометром
- !гнатодинамометром
- !электронно-вакуумным аппаратом
- !реографом

?ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ФИБРОЗНАЯ ЗОНА ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ (ПО ЛЮНДУ) РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- !+альвеолярном отростке
- !срединной части твёрдого нёба
- !дистальной трети твёрдого нёба
- !области нёбных складок

?ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБОВ ПО ЭНТИНУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ ЗУБА В НАПРАВЛЕНИИ

- !+вестибуло-оральном, медио-дистальном и в вертикальном
- !медио-дистальном
- !вестибуло-оральном и медио-дистальном
- !вестибуло-оральном

?СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ПЕРВОГО КЛАССА ПО СУПЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- !+умеренно-увлажнённая и податливая (с нормальным порогом болевой чувствительности), бледно-розового цвета
- !избыточно податливая, разрыхлённая, слюна густой консистенции
- !тонкая, малоподатливая, болезненная при пальпации, слюна жидкой консистенции
- !складчатая, с «болтающимся» гребнем

?СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ВТОРОГО КЛАССА ПО СУПЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- !+тонкая, малоподатливая, болезненная при пальпации, слюна жидкой консистенции
- !умеренно увлажнённая и податливая (с нормальным порогом болевой чувствительности), бледно-розового цвета
- !избыточно податливая, разрыхлённая, слюна густой консистенции
- !складчатая, с «болтающимся» гребнем

?СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ТРЕТЬЕГО КЛАССА ПО СУПЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- !+избыточно податливая, разрыхлённая, слюна густой консистенции
- !умеренно увлажнённая и податливая (с нормальным порогом болевой чувствительности), бледно-розового цвета
- !складчатая, с «болтающимся» гребнем
- !тонкая, малоподатливая, болезненная при пальпации, слюна жидкой консистенции

?СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ЧЕТВЁРТОГО КЛАССА ПО СУПЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- !+складчатая, с «болтающимся» гребнем
- !умеренно увлажнённая и податливая (с нормальным порогом болевой чувствительности), бледно-розового цвета
- !тонкая, малоподатливая, болезненная при пальпации, слюна жидкой консистенции
- !избыточно податливая, разрыхлённая, слюна густой консистенции

?ПРИКУС ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВИД СМЫКАНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ОККЛЮЗИИ

- !+центральной
- !боковой правой
- !боковой левой
- !передней

?СУСТАВНЫМ ПРИЗНАКОМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАХОЖДЕНИЕ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ СУСТАВНОГО БУГОРКА

- !+у основания ската
- !на скате
- !на вершине ската
- !впереди

?ПРИБОР, МОДЕЛИРУЮЩИЙ ТОЛЬКО ВЕРТИКАЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ ЧЕЛЮСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ

- !+окклюдатор
- !параллелометр
- !гнатодинамометр
- !артикулятор

?ПРИБОР, МОДЕЛИРУЮЩИЙ ВСЕ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ

- !+артикулятор
- !аппарат «T-scan»
- !эстезиометр
- !окклюдатор

?ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ МЫШЦЫ, ПОДНИМАЮЩЕЙ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

- !+m. masseter
- !m. digastricus
- !m. pterygoideuslateralise
- !m. platysma

?ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ МЫШЦЫ, ОПУСКАЮЩЕЙ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

!+m. digastricus
!m. pterygoideus medialise
!m. pterygoideus lateralise
!m. masseter

?К МАЛЫМ ДЕФЕКТАМ ЗУБНЫХ РЯДОВ ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ

!+не более 3
!от 4 до 6
!более 6
!более 8

?К СРЕДНИМ ДЕФЕКТАМ ЗУБНЫХ РЯДОВ ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ

!+от 4 до 6
!не более 3
!более 6
!более 8

?К БОЛЬШИМ ДЕФЕКТАМ ЗУБНЫХ РЯДОВ ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ

!+более 6
!не более 3
!от 4 до 6
!от 1 до 2

?ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ДЕЛЯТСЯ НА КЛАССЫ

!+четыре
!три
!два
!пять

?СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО Е.И. ГАВРИЛОВУ ВСЕ ЗУБНЫЕ РЯДЫ С ДЕФЕКТАМИ ДЕЛЯТСЯ НА ГРУППЫ

!+4
!3
!2
!5

?ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ КЕННЕДИ К ПЕРВОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ

!+зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами
!зубные ряды с односторонними концевыми дефектами
!зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе
!включенные дефекты переднего отдела зубной дуги

?ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ КЕННЕДИ КО ВТОРОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ

!+зубные ряды с односторонними концевыми дефектами
!зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами
!зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе
!включенные дефекты переднего отдела зубной дуги

?ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ КЕННЕДИ К ТРЕТЬЕМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ

!+зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе
!зубные ряды с односторонними концевыми дефектами
!зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами
!включенные дефекты переднего отдела зубной дуги

?ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ КЕННЕДИ К ЧЕТВЁРТОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ

!+включенные дефекты переднего отдела зубного ряда
!зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами
!зубные ряды с односторонними концевыми дефектами
!зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе

?СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ Е.И. ГАВРИЛОВА К ПЕРВОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ДЕФЕКТЫ

!+концевые односторонние и двусторонние
!комбинированные
!включенные боковые (односторонние и двусторонние) и передние
!коронки всех зубов

?СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ГАВРИЛОВА Е.И. К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ДЕФЕКТЫ

!+комбинированные
!концевые односторонние и двусторонние
!включенные боковые (односторонние и двусторонние) и передние
!одиночно сохранившиеся зубы на одной челюсти

?СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ГАВРИЛОВА Е.И. КО ВТОРОЙ ГРУППЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ОТНОСЯТСЯ ДЕФЕКТЫ

!+включенные боковые (односторонние и двусторонние) и передние
!концевые односторонние и двусторонние
!комбинированные
!одиночно сохранившиеся зубы на челюстях

?ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПУЛЬПЫ ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЛИТСЯ (МИН)

!+20-30

!40-60

!более 60

!10-15

?ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПУЛЬПЫ ПРИ ВНУТРИКОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (МИН)

!+40-60

!20-30

!более 90

!10-15

?ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+кариес, пульпит

!открытый кюретаж

гингивит

!пародонтит

?ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+воспалительное заболевание тканей пародонта

!эндодонтическое лечение зубов при хроническом пульпите

!препарирование твёрдых тканей зуба под коронку

!лечение зубов по поводу кариеса

?ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+наличие эндокардита в анамнезе

!лечение и удаление временных зубов

!лечение зубов при хроническом пульпите

!препарирование твёрдых тканей зуба под коронку

?МЕСТОМ ВКОЛА ИГЛЫ ДЛЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+десневая бороздка

!межзубная перегородка

!основание межзубного десневого сосочка

!основание резцового сосочка

?МЕСТОМ ВКОЛА ИГЛЫ ДЛЯ ИНТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+основание межзубного десневого сосочка

!середина расстояния между двумя десневыми сосочками

!межзубная перегородка

!верхушка корня

?УГОЛ ВВЕДЕНИЯ ИГЛЫ ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСЫ)

!+30

!45

!90

!10

?УГОЛ ВВЕДЕНИЯ ИГЛЫ ПРИ ИНТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСЫ)

!+90

!125

!30

!10

?ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЕПО АНЕСТЕТИКА СОЗДАЁТСЯ В ОБЛАСТИ

!+периодонтальной щели

!десневой бороздки

!основания межзубного десневого сосочка

!межзубной перегородки

?ПРИ ИНТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЕПО АНЕСТЕТИКА СОЗДАЁТСЯ В ОБЛАСТИ

!+межзубной перегородки

!основания межзубного десневого сосочка

!периодонтальной щели

!верхушки корня

?КОЛИЧЕСТВО «ТОЧЕК ВКОЛА» ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДВУХКОРНЕВОГО ЗУБА СОСТАВЛЯЕТ

!+2-3

!3-5

!4-6

!5-8

?МЕХАНИЗМ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ СПОСОБОВ АНЕСТЕЗИИ ОСНОВАН НА РАСПРОСТРАНЕНИИ МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩЕГО РАСТВОРА

!+в костномозговые пространства

!поднадкостнично

!в периодонтальную щель

!под слизистую оболочку

?ЛАТЕНТНЫЙ ПЕРИОД ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (МИН)

!+менее 1

!не менее 5

!не менее 10

!не менее 20

?МАКСИМАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ИНТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ (МИН)

!+2-3

!20

!30-40

!7

?ИНТРАЛИГАМЕНТАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

!+одного зуба

!фронтальной группы зубов верхней челюсти от клыка до клыка

!всех зубов нижней челюсти с одной стороны

!трёх зубов

?МАКСИМАЛЬНО БЕЗОПАСНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕМ

!+автоматизированного инъектора системы STA

!карпульного инъектора

!инъектора для интралигаментарной анестезии

!автоматизированной системы Quick-Sleeper

?СОЗДАНИЕ И ПОДДЕРЖАНИЕ ВЫСОКОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДОСТИГАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

!+редуктора

!рукоятки шприца

!угловой насадки

!поршня

?ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+обезболивание места вкола перед инъекцией

!препарирование твёрдых тканей зуба под коронку

!удаление постоянного зуба

!депульпирование зуба

?БЕЗОПАСНОСТЬ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ДОСТИГАЕТСЯ

!+удалением излишков анестетика после окончания времени его экспозиции

!использованием аэрозольных форм выпуска анестетика

!применением водорастворимых аппликационных средств

!применением анестетика высокой концентрации

?ЭКСПОЗИЦИЯ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ПРИ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (МИН)

!+2-3

!15

!10

!40

?ПРЕИМУЩЕСТВО ДИПЛЕН-ПЛЁНКИ ПРИ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО

!+обладает обезболивающим и антибактериальным действиями

!анестетик проникает на глубину более 5 мм

!эффект обезболивания продолжается около 60 минут

!эффект обезболивания наступает сразу после адгезии плёнки

?ДЕЙСТВИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ

!+уменьшается

!увеличивается

!не изменяется

!удлиняется

?ЛИДОКАИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

!+используется для всех видов анестезии

!суживает сосуды

!относится к группе сложных эфиров

!по активности уступает Прокаину (Новокаину)

?АРТИКАИН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ У ДЕТЕЙ С (ЛЕТ)

!+4

!2

!1

!3

?ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ВСЕХ ВИДОВ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+Лидокаин

!Артикаин

!Бензокаин (Анестезин)

!Прокаин (Новокаин)

?ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+Бензокаин (Анестезин)

!Артикаин

!Мепивакаин

!Прокаин (Новокаин)

?ЛИДОКАИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- !+действует дольше Прокаина (Новокаина)
- !используется только для поверхностной анестезии
- !по активности уступает Прокаину (Новокаину)
- !разрушается псевдохолинэстеразой

?АРТИКАИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- !+обладает высокой диффузионной способностью
- !действует через 10-15 минут
- !суживает сосуды
- !применяется для поверхностной анестезии

?МЕПИВАКАИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- !+не вызывает расширения сосудов
- !действует 20-30 минут
- !используется для всех видов анестезии
- !по активности уступает Прокаину (Новокаину)

?МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ВЫПУСКАЕМЫМ В КАРПУЛАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+Артикаин
- !Тримекаин
- !Прокаин (Новокаин)
- !Бензокаин (Анестезин)

?МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА АРТИКАИНА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ)

- !+7
- !1,5
- !4,4
- !5

?МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА ЛИДОКАИНА БЕЗ ЭПИНЕФРИНА (АДРЕНАЛИНА) СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ)

- !+4,4
- !1,5
- !0,5
- !7

?МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА МЕПИВАКАИНА БЕЗ ЭПИНЕФРИНА (АДРЕНАЛИНА) СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ)

- !+4,4
- !1,5
- !0,5
- !7

?КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА МЕПИВАКАИНА БЕЗ ЭПИНЕФРИНА (АДРЕНАЛИНА) СОСТАВЛЯЕТ (%)

- !+3
- !2
- !1
- !4

?МЕНЬШЕ ПРОНИКАЕТ ЧЕРЕЗ ГИСТОГЕМАТИЧЕСКИЕ БАРЬЕРЫ

- !+Артикаин
- !Лидокаин
- !Мепивакаин
- !Бупивакаин (Маркаин)

?МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ВЫПУСКАЕМЫМ ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ВИДЕ СПРЕЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+Лидокаин
- !Мепивакаин
- !Артикаин
- !Прокаин (Новокаин)

?МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ВЫПУСКАЕМЫМ В КАРПУЛАХ В ВИДЕ 3% РАСТВОРА БЕЗ ВАЗОКОНСТРИКТОРА, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+Мепивакаин
- !Лидокаин
- !Прокаин (Новокаин)
- !Артикаин

?КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА ЛИДОКАИНА, ВЫПУСКАЕМОГО В ВИДЕ СПРЕЯ, СОСТАВЛЯЕТ (%)

- !+10
- !5
- !4
- !2

?КОНЦЕНТРАЦИЯ МЕПИВАКАИНА В МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩЕМ РАСТВОРЕ, СОДЕРЖАЩЕМ ЭПИНЕФРИН (АДРЕНАЛИН), СОСТАВЛЯЕТ (%)

- !+2
- !3
- !4
- !5

?КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА АРТИКАИНА ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В СТОМАТОЛОГИИ СОСТАВЛЯЕТ (%)

- !+4
- !3
- !2
- !1

?КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА ПРОКАИНА (НОВОКАИНА), ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БЛОКАД, СОСТАВЛЯЕТ (%)

- !+0,5
- !1
- !2
- !3

?МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПРОВОДИТЬ ПОД ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ВО ФРОНТАЛЬНОМ УЧАСТКЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+Артикаин
- !Прокаин (Новокаин)
- !Мепивакаин
- !Лидокаин

?НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ РАЗВИТИЕ АНЕСТЕЗИРУЮЩЕГО ЭФФЕКТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

- !+Артикаина
- !Бензокаина
- !Еупивакаина
- !Прокаина (Новокаина)

?МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ ГРУППЫ ЭФИРОВ В ОТЛИЧИЕ ОТ ГРУППЫ АМИДОВ

- !+разрушаются микросомальными ферментами печени
- !разрушаются эстеразами плазмы и тканей
- !действуют короче
- !хуже диффундируют в ткани

?КРАТКОВРЕМЕННОСТЬ ДЕЙСТВИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ГРУППЫ СЛОЖНЫХ ЭФИРОВ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- !+разрушением псевдохолинэстеразой
- !быстрым всасыванием с места введения
- !биотрансформацией в печени
- !быстрым выведением

?МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫ ПРИ РЕАКЦИИ СРЕДЫ

- !+слабощелочной
- !нейтральной
- !слабокислой
- !кислой

?К МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКАМ ГРУППЫ СЛОЖНЫХ ЭФИРОВ ОТНОСИТСЯ

- !+Прокаин (Новокаин)
- !Лидокаин
- !Артикаин
- !Мепивакаин

?ДОБАВЛЕНИЕ СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ СРЕДСТВ В РАСТВОРЫ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИВОДИТ К

- !+продлонгации анестезирующего эффекта
- !ускорению всасывания местного анестетика
- !снижению риска общих осложнений
- !миорелаксирующему эффекту

?К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ, ПРОЛОНГИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ, ОТНОСЯТСЯ

- !+а-адреномиметики
- !Р-адреномиметики
- !н-холиномиметики
- !м-холиномиметики

?МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ ГРУППЫ АМИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+Лидокаин
- !Тетракаин
- !Бензокаин (анестезин)
- !Прокаин (Новокаин)

?ПРИ ВОСПАЛЕНИИ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СНИЖАЕТСЯ АКТИВНОСТЬ

- !+Прокаина (Новокаина)
- !Артикаина
- !Лидокаина
- !Мепивакаина

?ПРОКАИН (НОВОКАИН) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- !+действует 20-30 минут
- !суживает сосуды
- !обладает высокой токсичностью
- !по активности превосходит Мепивакаин

?АРТИКАИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- !+расширяет сосуды
- !применяется для всех видов местной анестезии
- !действует 10-15 минут
- !плохо диффундирует в ткани

?АНЕСТЕТИКОМ, БИОТРАНСФОРМАЦИЯ КОТОРОГО ПРОИСХОДИТ В ПЕЧЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+Мепивакаин
- !Бензокаин (Анестезин)
- !Тетракаин (Дикаин)
- !Прокаин (Новокаин)

?АКТИВНЫЕ МЕТАБОЛИТЫ ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ БИОТРАНСФОРМАЦИИ

- !+Лидокаина
- !Мепивакаина
- !Прокаина (Новокаина)
- !Артикаина

?НАИБОЛЕЕ МЕДЛЕННО РАЗВИВАЕТСЯ АНЕСТЕЗИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

- !+Прокаина (Новокаина)
- !Лидокаина
- !Мепивакаина
- !Артикаина

?ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ШПРИЦ

- !+карпульный Кука
- !Жане
- !двухкомпонентный Мердока
- !инъекционный Фишера

?СКОРОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ ЭФФЕКТА МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ЗАВИСИТ ОТ

- !+константы диссоциации (pK_a)
- !периода полувыведения
- !рН раствора

?ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИГЛА ДЛИНОЙ (ММ)

- !+42
- !12
- !16
- !100

?МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКОГО СРЕДСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+Лидокаин
- !Мепивакаин
- !Артикаин
- !Прокаин (Новокаин)

?НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ДИФФУЗИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ У

- !+Артикаина
- !Мепивакаина
- !Прокаина (Новокаина)
- !Бупивакаина

?ОСНОВНЫМ ВИДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+местная анестезия
- !наркоз
- !нейролептанальгезия
- !акупунктура

?АНЕСТЕТИКИ ГРУППЫ СЛОЖНЫХ ЭФИРОВ ГИДРОЛИЗИРУЮТСЯ

- !+псевдохолинэстеразой
- !гидролазой
- !трансаминазой
- !лидазой

?ДЛЯ СНЯТИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- !+анксиолитики (транквилизаторы)
- !антидепрессанты
- !нейролептики
- !ненаркотические анальгетики

?ОБОЗНАЧЕНИЕ «Д-С ФОРТЕ» СООТВЕТСТВУЕТ КОНЦЕНТРАЦИИ ВАЗОКОНСТРИКТОРА

- !+1:100000
- !1:200000
- !1:300000
- !1:400000

?ДЕТЯМ С 6 МЕСЯЦЕВ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛИ ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ ЗУБОВ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ

!+Ибупрофен (Бруфен)
!Индометацин (Метиндол)
!Кеторолак (Кеталгин, Кетанов, Кеторол)
!Мелоксикам (Мовалис)

?ЦЕЛЕВЫМ ПУНКТОМ АНЕСТЕЗИИ ПО С. МАЛАМЕДУ ЯВЛЯЕТСЯ ОТВЕРСТИЕ

!+подбородочное
!резцовое
!нёбное
!круглое

?ДЛЯ КУРСОВОГО ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТУ, ИМЕЮЩЕМУ В АНАМНЕЗЕ ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА, СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ

!+Мелоксикам (Мовалис)
!Индометацин (Метиндол)
!Кетопрофен (Артрозилен, ОКИ)
!Кеторолак (Кеталгин, Кетанов, Кеторол)

?ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ СНЯТИЯ СТРАХА И НАПРЯЖЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ НАЗНАЧАТЬ ВРАЧИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ, ЯВЛЯЮТСЯ

!+Фабомотизол (Афобазол), Гидроксизин (Атаракс), Тенотен
!Мидазолам (Дормикум), Тофизепам (Грандаксин), Хлордиазепоксид (Элениум)
!Диазепам (Сибазон, Седуксен), Дроперидол, Нитразепам (Эуноктин)
!Гидроксизин (Атаракс), Мидазолам (Дормикум), Феназепам

?ПРИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СКОС ИГЛЫ НАПРАВЛЕН

!+к кости
!от кости
!в кость
!мимо кости

?ТРАНКВИЛИЗАТОРОМ, ОБЛАДАЮЩИМ АНКСИОЛИТИЧЕСКИМ, СЕДАТИВНЫМ, ПРОТИВОРВОТНЫМ ДЕЙСТВИЕМ И СНИЖАЮЩИМ САЛИВАЦИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+Гидроксизин (Атаракс)
!Тофизопам (Грандаксин)
!Тенотен
!Фабомотизол (Афобазол)

?ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ МЕХАНИЧЕСКОГО ПРЕПЯТСТВИЯ В ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ НАЗЫВАЕТСЯ

!+асфиксия
!асистолия
!арефлексия
!афазия

?ПАЦИЕНТУ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ

!+3% Мепивакаин, 4% Артикаин с Эпинефрином 1:200000
!2% Мепивакаин с Эпинефрином 1:100000
!2% Лидокаин с Эпинефрином 1:100000
!4% Артикаин с Эпинефрином 1:100000

?ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ, КОТОРЫЙ ОСЛОЖНИЛСЯ ОСТАНОВКОЙ ДЫХАНИЯ, В ОЖИДАНИИ РЕАНИМАЦИОННОЙ БРИГАДЫ «СКОРОЙ ПОМОЩИ» СЛЕДУЕТ

!+начать искусственную вентиляцию лёгких (ИВЛ), массаж сердца
!ввести Сальбутамол через небулайзер
!ввести внутривенно Супрастин
!ввести внутривенно Эуфиллин

?ПАЦИЕНТУ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРЕПАРАТ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ

!+3% Мепивакаин, 4% Артикаин
!2% Мепивакаин с Эпинефрином 1:100000
!4% Артикаин с Эпинефрином 1:200000
!4% Артикаин с Эпинефрином 1:100000

?ПРИЁМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ИЗ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПО ИМЕНИ АВТОРА НАЗЫВАЕТСЯ ПРИЁМ

!+Геймлиха
!Вайсблата
!Труссо
!Кохера

?ПАЦИЕНТУ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

!+4% Артикаин, 3% Мепивакаин
!2% Мепивакаин с Эпинефрином 1:100000
!4% Артикаин с Эпинефрином 1:200000
!4% Артикаин с Эпинефрином 1:100000

?ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА РАСПОЛАГАТЬ ЛАДОНИ НА ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ СЛЕДУЕТ

!+на средней части грудины
!на границе нижней и средней части грудины
!на мечевидном отростке грудины
!на верхней части грудины

?БЕРЕМЕННЫМ И КОРМЯЩИМ ЖЕНЩИНАМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВЫБИРАТЬ ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ

!+Артикаина

!Мепивакаина
!Лидокаина
!Прокаина (Новокаина)

?ОПТИМАЛЬНЫЙ РИТМ УДАРОВ ПРИ ЗАКРЫТОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА В МИНУТУ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ

!+100-120
!80-100
!50-70
!110-130

?ПРИ ВЫБОРЕ ДОЗЫ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ДЕТЯМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

!+фармакокинетику препарата
!возраст ребёнка
!массу тела ребёнка
!фармакокинетику препарата, возраст и массу тела ребёнка

?ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ВДВОЁМ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ СООТНОШЕНИЕ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА И ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ (ИВЛ) СОСТАВЛЯЕТ

!+30:2
!1:4
!1:5
!5:2

?ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

!+Артикаин
!Мепивакаин
!Лидокаин
!Бупивакаина

?НИТРОМИНТ-АЭРОЗОЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ СРЕДСТВОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ

!+приступа стенокардии
!судорожного припадка
!гипертонического криза
!стенотической асфиксии

?ПАЦИЕНТАМ С ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ

!+Эпинефрин (Адреналин)
!Мепивакаин
!Лидокаин
!Артикаин

?ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЮТСЯ

!+глюкокортикоиды, Эпинефрин, антигистамины, Эуфиллин
!анаболические гормоны, антибиотики
!антиаритмики, сердечные гликозиды
!диуретики, седативные

?ПУЛЬС В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ В ПРОЕКЦИИ АРТЕРИИ

!+наружной сонной
!лучевой
!локтевой
!плечевой

?ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ (ВНЕРОТОВОЙ МЕТОД) ПРОВОДИТСЯ

!+на 1,0 см ниже и кнутри от проекции инфраорбитального отверстия
!в нижнюю треть носогубной складки
!в основание носа
!в нижнюю границу нижнего века

?ПРИ ОБМОРОКЕ ВАЖНО ОБЕСПЕЧИТЬ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА

!+горизонтальное с приподнятыми ногами
!сидячее
!на правом боку
!на левом боку

?ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ (ВНУТРИРОТОВОЙ МЕТОД) ПРОВОДИТСЯ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ

!+переходной складки в области между первым и вторым резцом на верхней челюсти
!альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области резцов на верхней челюсти
!переходной складки в области премоляров на верхней челюсти
!переходной складки в области клыка на верхней челюсти

?ДЛЯ ОБМОРОКА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

!+снижение тонуса мышц
!тахикардия
!гипертония
!гипертермия кожи

?ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРОВОДИТСЯ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ

!+переходной складки в области второго моляра верхней челюсти или между вторым и третьим моляром на верхней челюсти
!альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области премоляров на верхней челюсти

!переходной складки в области премоляров на верхней челюсти

!переходной складки в области клыка на верхней челюсти

?ДЛЯ КОЛЛАПСА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

!+бледность и влажность кожных покровов

!артериальная гипертония

!суженный зрачок

!двигательное беспокойство

?ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ВНЕРОТОВОЙ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО ЕГОРОВУ ПРОВОДИТСЯ

!+через кожные покровы на уровне передненижнего угла скуловой кости

!через кожные покровы на уровне средней трети носогубной складки

!в слизистую оболочку переходной складки в области моляров на верхней челюсти

!в слизистую оболочку переходной складки в области бугра верхней челюсти

?ДЛЯ ТИПИЧНОГО ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

!+давящих болей в области сердца с иррадиацией в левую лопатку, левую половину шеи

!тяжести в области живота

!гипотонии

!длительной боли в области сердца

?ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ПАЛАТИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ (БЛОКАДА В ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО НЁБНОГО ОТВЕРСТИЯ) ПРОВОДИТСЯ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ

!+твёрдого неба на 1 см кпереди и кнутри от проекции большого нёбного отверстия на уровне третьего моляра на верхней челюсти

!альвеолярного отростка с нёбной стороны в области резцов на верхней челюсти

!переходной складки в области премоляров на верхней челюсти

!переходной складки в области клыка на верхней челюсти

?ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

!+обморока

!инсульта

!тиреотоксического криза

!приступа стенокардии

?ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ВНУТРИРОТОВОЙ РЕЗЦОВОЙ АНЕСТЕЗИИ (БЛОКАДА НОСОНЁБНОГО НЕРВА) ПРОВОДИТСЯ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ

!+основания резцового сосочка на верхней челюсти

!альвеолярного отростка с нёбной стороны в области резцов на верхней челюсти

!альвеолярного отростка с нёбной стороны в области клыка на верхней челюсти

!переходной складки в области клыка на верхней челюсти

?ПРИ УДАЛЕНИИ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

!+инфраорбитальную, резцовую (блокаду носонёбного нерва)

!торусальную

!туберальную

!резцовую (блокаду носонёбного нерва)

?ДЛЯ ГИПОГЛИКЕМИИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

!+чувство голода

!общая возбудимость

!влажность кожных покровов

!беспокойство

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

!+инфраорбитальную

!торусальную

!туберальную

!резцовую (блокаду носонёбного нерва)

?ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

!+туберальную, палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

!ментальную (анестезию в области подбородочного отверстия)

!палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия), инфраорбитальную

!палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

?ВО ВРЕМЯ КОЛЛАПСА КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ

!+влажные, бледные

!сухие, гиперемированные

!сухие, бледные

!влажные, гиперемированные

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

!+туберальную

!инфраорбитальную

!торусальную

!палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

?ПРИ ПОТЕРЕ СОЗНАНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОПАДАНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ВЕРХНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ВЫПОЛНЯЮТ

!+коникотомию

!тораотомию

!трахеотомию

!корнеотомию

?ПРИ УДАЛЕНИИ ПРЕМОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

!+инфраорбитальную и палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

!туберальную

!торусальную

!по J.O. Akinosi

?ДОМИНИРУЮЩИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИСТЕМНОЙ АНАФИЛАКСИИ (АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА) ЯВЛЯЕТСЯ

!+сосудистый коллапс

!приступ удушья

!кардиогенный шок

!крапивница

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕМОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

!+инфраорбитальную

!туберальную

!палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

!ментальную (в области подбородочного отверстия)

?ПРИ УДАЛЕНИИ КЛЫКОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

!+инфраорбитальную, резцовую (блокаду носонёбного нерва) и палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

!туберальную, палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

!по Гоу-Гейтсу

!палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

?ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ЭПИНЕФРИНА БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ ВНУТРИВЕННО 1 МЛ

!+Атропина

!Мезатона

!Норадреналина

!Дексаметазона

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЛЫКОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

!+инфраорбитальную

!туберальную

!по J.O. Akinosi

!палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

?ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИИ ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО

!+замедлить частоту дыхания

!увеличить частоту дыхания

!задержать вдох

!задержать выдох

?ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВ И КЛЫКА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

!+инфраорбитальную

!нёбную

!резцовую

!туберальную

?ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА ДОЛЖНО БЫТЬ

!+полусидя

!лёжа

!полулёжа

!сидя

?ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ СПОСОБОМ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

!+инфильтрационная

!резцовая

!туберальная

!нёбная

?ПРИ ПОПАДАНИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА ВО ВРЕМЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ ПРИЁМ

!+Геймлиха

!Сафара

!Альцгеймера

!Тренделенбурга

?ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

!+туберальную

!резцовую

!Вазирани-Акинози

!нёбную

?ПРОТИВПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

!+хронический пародонтит тяжёлой степени

!наличие свищевого хода

!хронический гранулирующий периодонтит

!хронический гранулёматозный периодонтит

?ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ С НЁБНОЙ СТОРОНЫ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

- !+нёбную
- !туберальную
- !ментальную
- !резцовую

?ПОКАЗАНИЕМ К ГЕМИСЕКЦИИ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОДОНТИТ

- !+хронический двухкорневого зуба
- !острый гнойный
- !острый серозный
- !хронический однокорневого зуба

?ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЁБНОЙ СТОРОНЫ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

- !+резцовую (блокаду в области резцового отверстия)
- !палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
- !инфраорбитальную
- !по Гоу-Гейтсу

?ПОЛОЖЕНИЕ ВРАЧА И БОЛЬНОГО ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- !+врач стоит справа и спереди от больного
- !врач стоит сзади и справа от больного
- !пациент находится в лежачем положении
- !голова больного на уровне локтевого сустава врача

?ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ АМПУТАЦИЯ КОРНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+хронический гранулирующий периодонтит
- !острый гнойный пульпит
- !хронический гангренозный пульпит
- !хронический одонтогенный гайморит

?ПРИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НАСТУПАЕТ БЛОКАДА

- !+задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- !средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- !резцового нерва
- !передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения

?АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ «ПРИЧИННОГО» ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ ХРОНИЧЕСКИЙ

- !+одонтогенный остеомиелит
- !гангренозный пульпит
- !гранулирующий периодонтит
- !гранулёматозный периодонтит

?ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НАСТУПАЕТ БЛОКАДА

- !+средних и передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- !сплетения, периферических ветвей подглазничного нерва
- !средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- !носонёбного (резцового) нерва, задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения

?ПОКАЗАНИЕМ К СЕКВЕСТРЭКТОМИИ СЛУЖИТ

- !+подвижность секвестра
- !разрежение костной ткани в очаге поражения
- !анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
- !хронический периостит

?ПРИ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬШОГО НЁБНОГО ОТВЕРСТИЯ (ПАЛАТИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ) НАСТУПАЕТ БЛОКАДА

- !+большого нёбного нерва
- !средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- !задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- !средних и передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения

?ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ДИНАМИКИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПЕРИОДОНТИТА ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ПРОВОДИТСЯ

- !+резекция верхушки корня
- !повторное эндодонтическое лечение
- !гемисекция
- !ампутация корня

?ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+некупируемое гнойное воспаление в периодонте
- !неполный вывих зуба
- !разрушение коронки зуба
- !подвижность зуба 3 степени

?КОРОНАРОРАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ ВОЗМОЖНА В СЛУЧАЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ

- !+в области бифуркации 3.6 зуба
- !у верхушки переднего щёчного корня 1.6 зуба
- !у верхушек обоих корней 4.6 зуба
- !в области верхушки корня 3.1 зуба

?АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+врождённый порок сердца в стадии декомпенсации
- !аллергия к местному анестетику
- !хронический пиелонефрит
- !болезнь Дауна

?НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ПОДЪЯЗЫЧНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+цистаденэктомия
- !цистотомия
- !криотерапия
- !склерозирование

?К МЕСТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+острый герпетический стоматит
- !активная форма туберкулёза
- !сахарный диабет
- !тиреотоксикоз

?МЕСТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+обострение хронического пародонтита
- !гипоплазия эмали
- !некроз пульпы
- !кариес дентина

?К ОСЛОЖНЕНИЯМ МЕСТНОГО ХАРАКТЕРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСЯТ

- !+тризм
- !гипертонический криз
- !анафилактический шок
- !отёк Квинке

?К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСЯТ

- !+гипертонический криз
- !парез лицевого нерва
- !гематому
- !дентальную плексалгию

?НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИРОТОВОЙ АНЕСТЕЗИИ НЕРВА

- !+носонёбного
- !большого нёбного
- !подбородочного
- !подглазничного

?ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ АНЕСТЕТИКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+интоксикация
- !гипертонический криз
- !приступ бронхиальной астмы
- !анафилактический шок

?ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+положительная носо-ротовая проба
- !носовое кровотечение
- !кровотечение из лунки
- !положительный симптом нагрузки

?К ОСЛОЖНЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ОТНОСИТСЯ

- !+луночковое кровотечение
- !невралгия тройничного нерва
- !артрит височно-нижнечелюстного сустава
- !альвеолит

?ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+гнойный менингит
- !верхнечелюстной синусит
- !рожистое воспаление
- !гипертонический криз

?ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА ПРИМЕНЯЮТ

- !+йодоформный тампон с Левомеколем
- !кетгут
- !гемостатическую губку
- !викрил

?К БИОРЕЗОРБИРУЕМЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСИТСЯ

- !+коллаген
- !политетрафторэтилен
- !полипропилен
- !тефлон

?ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА ПРИМЕНЯЮТ

!+альвожил
!статин
!кетгут
!osteопластический материал

?ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ПРЕМОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ ШИПЦЫ

!+клювовидные несходящиеся
!клювовидные сходящиеся
!S-образные с шипом
!штыковидные со сходящимися щёчками

?ПРИ СЛОЖНОМ (ОСЛОЖНЁННОМ ПЕРЕЛОМОМ КОРНЯ ЗУБА) УДАЛЕНИИ ЗУБА ВОЗМОЖНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

!+бормашины
!элеватора Волкова
!крючка Лимберга
!элеватора Карапетяна

?ШТЫКОВИДНЫМ ЭЛЕВАТОРОМ (ЭЛЕВАТОРОМ ЛЕКЛЮЗА) УДАЛЯЮТ ЗУБЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

!+третьи моляры
!резцы
!премоляры
!первые моляры

?ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ ОКАЗЫВАЕТСЯ В

!+челюстно-лицевом стационаре
!клинико-диагностическом центре
!районной поликлинике
!научно-исследовательском институте

?ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПРОВОДИТСЯ В УСЛОВИЯХ

!+стационара
!поликлиники
!амбулатории
!клинического центра

?ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АКТИНОМИКОЗА ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ В

!+специализированном учреждении
!поликлинике
!челюстно-лицевом стационаре
!клиническом центре

?ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ИЗ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА МОЖЕТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ В

!+крылонёбную ямку
!подбородочную область
!заглочное пространство
!крыловидно-нижнечелюстное пространство

?ОТ ПРЕМОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЛИМФА ОТТЕКАЕТ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

!+поднижнечелюстные
!заглочные
!околоушные
!сосцевидные

?В ОКОЛОУШНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ОТТЕКАЕТ ЛИМФА ОТ

!+наружного слухового прохода
!нижней губы
!полости носа
!дна полости рта

?ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

!+направляющую фрезу
!фиссурный бор
!элеватор Леклюза
!отвёртку

?ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

!+глубиномер
!развёртку
!серповидную гладилку
!крючок Лимберга

?К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ

!+криодеструкцию
!химиотерапию
!лучевую терапию
!фотодинамическую терапию

?ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СООБЩЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ПОЛОСТЬЮ РТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ТКАНИ

!+слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и щеки

!филатовского стебля
!слизистой оболочки щеки
!слизистой оболочки верхней губы

?УДАЛЕНИЕ ПОЛОВИНЫ КОРОНКИ ЗУБА С ОДНИМ ИЗ КОРНЕЙ В ОБЛАСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОЧАГА ВОСПАЛЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

!+гемисекция
!ампутация
!реплантация
!имплантация

?УДАЛЕНИЕ ОДНОГО ИЗ КОРНЕЙ У ПЕРВОГО ИЛИ ВТОРОГО МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ГДЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ОЧАГ ХРОНИЧЕСКОГО ОКОЛОВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА, НАЗЫВАЕТСЯ

!+ампутация
!реплантация
!гемисекция
!имплантация

?ДЛЯ УДЛИНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЗУБА ПЕРЕД ОРТОПЕДИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ ПРОВОДИТСЯ

!+гингивэктомия
!направленная тканевая регенерация
!лоскутная операция
!кюретаж пародонтальных карманов

?К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ОТНОСЯТ

!+закрытый кюретаж
!френулотомия
!френулэктомию
!иссечение щёчных тяжей

?ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА УЗДЕЧКЕ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИЗВОДИТСЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ТРЕУГОЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ ПО ЛИМБЕРГУ, НАЗЫВАЕТСЯ

!+френулопластика
!гингивэктомия
!аперкулэктомию
!френулотомия

?МЕТОДИКА ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКИ, ПРИ КОТОРОЙ РАЗРЕЗ ПРОВОДИТСЯ НА ГРАНИЦЕ ПРИКРЕПЛЁННОЙ ДЕСНЫ И ПОДВИЖНОЙ ЧАСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА С ФОРМИРОВАНИЕМ ЛОСКУТА, ОБРАЩЁННОГО ОСНОВАНИЕМ К ГУБЕ, НАЗЫВАЕТСЯ МЕТОДИКОЙ

!+по Кларку
!по Эдлану - Мейхеру
!туннельной
!по Лимбергу

?ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ РАДИКАЛЬНОЙ СИНУСОТОМИИ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА УДАЛЯЮТ

!+только изменённую
!частично
!полностью
!частично изменённую

?ПРИ РАЗРЫВЕ ДЕСНЫ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПОКАЗАНО

!+наложение швов на десну
!тампонирование раны
!обработка раневой поверхности 1% раствором йода
!диатермокоагуляция

?ПУНКЦИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

!+средний носовой ход
!нижний носовой ход
!верхний носовой ход
!искусственное сообщение в полости рта

?ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ДОПОЛНИТЕЛЬНО НАЗНАЧАЮТ

!+сосудосуживающие препараты
!сульфаниламиды
!антидепрессанты
!психотропные препараты

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

!+секвестрэктомию
!периостотомию
!цистэктомию
!цистотомию

?В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ВХОДИТ ТЕРАПИЯ

!+антибактериальная
!лучевая
!фотодинамическая
!мануальная

?ПРИ АБСЦЕДИРОВАНИИ ФУРУНКЛА ПАЦИЕНТУ ПРОВОДЯТ

!+вскрытие абсцесса

!обработку кожи 70% этиловым спиртом
!блокаду 0,25% раствором Лидокаина
!физиотерапию

?В ДЕНЬ ОБРАЩЕНИЯ ПРИ АБСЦЕССЕ ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОВКА НЕОБХОДИМО

!+вскрыть гнойный очаг
!назначить физиотерапевтическое лечение
!начать иглорефлексотерапию
!сделать новокаиновую блокаду

?К ИНСТРУМЕНТАМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

!+щипцы, элеваторы
!зеркало, зонд
!шпатель, серповидную гладилку
!зеркало, пинцет

?ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

!+зуб в линии перелома челюсти
!причинный зуб при остром гнойном периостите
!разрушенность коронковой части зуба на V
!острый пульпит

?ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

!+продольный перелом корня зуба
!подвижность II степени
!ретенция зуба
!острый периодонтит

?НЕОТЛОЖНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

!+причинный зуб при остром остеомиелите челюсти
!ретенция и дистопия зуба
!сверхкомплектный зуб
!хронический гранулематозный периодонтит

?УДАЛЕНИЕ ЗУБА ПРОВОДЯТ ПРИ

!+патологической подвижности III степени
!кариозной полости
!хроническом фиброзном периодонтите
!отломе коронки зуба на 1/2

?ОТСЛАИВАНИЕ ДЕСНЫ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА ПРОВОДИТСЯ

!+серповидной гладилкой
!экскаватором
!элеватором
!стоматологическим зондом

?ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МАЛЫХ КОРЕННЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С СОХРАНИВШЕЙСЯ КОРОНКОЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ЩИПЦЫ

!+S-образные с несходящимися щёчками
!прямые с несходящимися щёчками
!байонетные
!S-образные со сходящимися щёчками

?ПЕРВОЕ ВЫВИХИВАЮЩЕЕ ДВИЖЕНИЕ В ОРАЛЬНУЮ СТОРОНУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ПРИ УДАЛЕНИИ

!+моляров нижней челюсти
!резцов нижней челюсти
!премоляров верхней челюсти
!клыков верхней челюсти

?ЭТАП УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ПРИ КОТОРОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ РАСКАЧИВАНИЕ ЗУБА В ВЕСТИБУЛЯРНОМ И ОРАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ, НАЗЫВАЕТСЯ

!+люксация
!ротация
!фиксация
!иммобилизация

?УДАЛЕНИЕ ЗУБА, ПРИ КОТОРОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЕГО ВРАЩЕНИЕ ВОКРУГ СВОЕЙ ОСИ НА 20-25% ВНАЧАЛЕ В ОДНУ, ПОТОМ В ДРУГУЮ СТОРОНУ, НАЗЫВАЕТСЯ

!+ротация
!сепарация
!люксация
!тракция

?РОТАЦИЯ ЗУБА НЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ УДАЛЕНИИ

!+многокорневых зубов верхней и нижней челюсти с неразъединёнными корнями
!любых зубов при наличии гнойного процесса в периодонте
!премоляров нижней челюсти
!зубов, удаляемых по ортодонтическим показаниям

?ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА 4.6 ВРАЧ ЗАНИМАЕТ ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ПАЦИЕНТА

!+справа и сзади
!справа и спереди

!справа и несколько впереди

!слева и сзади

?ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

!+штиковидные щипцы со сходящимися щёчками

!S-образные щипцы с шипом слева

!прямые щипцы с несходящимися щёчками

!угловой элеватор

?ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

!+прямые щипцы со сходящимися щёчками

!S-образные щипцы с шипом слева

!прямые щипцы с несходящимися щёчками

!угловой элеватор

?ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

!+клювовидные щипцы со сходящимися щёчками

!клювовидные щипцы, изогнутые по плоскости

!S-образные щипцы

!серповидную гладилку

?ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 4.8 С СОХРАНЁННОЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТ

!+прямой элеватор

!угловой элеватор

!элеватор Карапетяна

!прямые щипцы

?ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНИ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ ПРИМЕНЯЮТ

!+кюретажную ложку

!серповидную гладилку

!крючок Фарабефа

!распатор

?ЗУБ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЛЮБОЙ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ МОЖНО УДАЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ ЩИПЦОВ

!+байонетных

!клювовидных

!прямых

!S-образных

?ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛЯРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОЛНОСТЬЮ РАЗРУШЕННОЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТЬЮ НЕОБХОДИМО

!+разделить корни по области фуркации с помощью бора

!наложить щёчки щипцов на альвеолярный отросток

!провести альвеолотомию

!провести разрез по переходной складке

?СВЛИЖЕНИЕ КРАЁВ ДЕСНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

!+уменьшения степени зияния лунки, более надёжного удержания кровяного сгустка в ране

!перестройки костной ткани в области лунки

!улучшения биотипа десны

!увеличения зоны кератинизированной десны

?ПРИ РАЗРЫВЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА НЕОБХОДИМО

!+наложить швы

!провести тампонаду лунки

!отсечь подвижную слизистую

!коагулировать края раны

?ПРИ ОТЛОМЕ СТЕНКИ АЛЬВЕОЛЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА НЕОБХОДИМО

!+удалить подвижную костную стенку

!провести остеосинтез

!зафиксировать подвижную костную стенку швами

!использовать остеопластический материал

?ХРОМИРОВАННЫЙ КЕТГУТ ОТ НЕХРОМИРОВАННОГО ОТЛИЧАЕТСЯ

!+продолжительным периодом рассасывания шовного материала

!более гладким прохождением иглы через ткани

!способностью надёжно удерживать фрагменты костной ткани

!более выраженными антисептическими свойствами

?В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ВСКРЫТИЕ

!+поднадкостничного абсцесса

!абсцессов мягких тканей лица и шеи

!флегмон мягких тканей лица и шеи

!фурункула челюстно-лицевой области

?РАЗРЕЗ ПРИ ВСКРЫТИИ ПОДНАДКОСТНИЧНОГО АБСЦЕССА, РАСПОЛОЖЕННОГО В ОБЛАСТИ ПРЕДДВЕРИЯ РТА, ПРОВОДЯТ

!+в месте наибольшего выбухания инфильтрата

!параллельно переходной складке

!по слизистой оболочке на уровне десневого края

! в области окологлазничных мягких тканей

?ОТТОК ГНОЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА С НЁБНОЙ СТОРОНЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- !+иссечением участка слизистой оболочки над инфильтратом треугольной формы
- !последующим рассечением тканей с последующим ушиванием раны
- !линейным разрезом на всю длину инфильтрата
- !дренированием воспалительного очага резиновым катетером

?ЛУНКА УДАЛЁННОГО ЗУБА ЗАЖИВАЕТ

- !+вторичным натяжением
- !первичным натяжением
- !третичным натяжением
- !через стадию образования келоида

?ПРОВЕДЕНИЕ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОИСХОДИТ ЧАЩЕ ПРИ УДАЛЕНИИ

- !+моляров верхней челюсти
- !клыков верхней челюсти
- !моляров нижней челюсти
- !премоляров верхней челюсти

?МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+перелом нижней челюсти
- !невралгия
- !обморок
- !альвеолит лунки удалённого зуба

?ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+перелом нижней челюсти
- !синусит
- !периостит
- !остеомиелит

?К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ОТНОСЯТ

- !+альвеолит
- !обморок
- !перелом челюсти
- !вывих височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)

?МЕСТНЫМ РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+альвеолит
- !перелом нижней челюсти
- !перфорация дна верхнечелюстного синуса
- !вывих нижней челюсти

?ЦЕЛЬЮ ОПЕРАЦИИ АЛЬВЕОЛЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+удаление острых краёв лунки
- !удаление распавшегося кровяного сгустка из лунки при её воспалении
- !ушивание мягких тканей в области удалённого зуба
- !удаление секвестра

?ПРИ ВСКРЫТИИ ПОДНАДКОСТНИЧНОГО АБСЦЕССА ВОЗМОЖНО РАНЕНИЕ

- !+подбородочного нерва и артерии
- !околоушной слюнной железы
- !языка
- !слизистой оболочки щеки

?ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+выделение из лунки удалённого зуба крови с пузырьками воздуха
- !изменение тембра голоса у пациента
- !наличие пристеночных грануляций в лунке удалённого зуба
- !наружная резорбция корня удалённого зуба

?ИНФИЛЬТРАЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ УДАЛЕНИИ

- !+верхних премоляров, моляров, клыка
- !нижнего первого моляра
- !нижнего третьего моляра
- !нижнего первого премоляра

?ПРИ АНЕСТЕЗИИ У РЕЗЦОВОГО ОТВЕРСТИЯ БЛОКИРУЕТСЯ НЕРВ

- !+носонёбный
- !жевательный
- !язычный
- !большой нёбный

?ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- !+Лидокаин 10%
- !Артикаин 4%
- !Лидокаин 0,5%
- !Мепивакаин 2%

?АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ВКОЛА ИГЛЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ АПОДАКТИЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

!+крыловидно-нижнечелюстная складка

!наружная косая линия

!внутренняя косая линия

!переходная складка

?НЕВРИТ ПОДГЛАЗНИЧНОГО НЕРВА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ

!+инфраорбитальной

!туберальной

!инфильтрационной

!резцовой

?ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+анафилактический шок

!гематома

!неврит

!отлом иглы

?ПЛАНОВОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ВОЗМОЖНО ПОСЛЕ КОНСУЛЬТАЦИИ КАРДИОЛОГА ЧЕРЕЗ (МЕС.)

!+6

!2

!10

!1

?ИШЕМИЯ КОЖИ В ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ

!+инфраорбитальной

!туберальной

!у резцового отверстия

!у ментального отверстия

?ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ, ВЛЕДНЫЕ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ, НИЗКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

!+обморока

!коллапса

!гипертонического криза

!анафилактического шока

?ПОСТИНЪЕКЦИОННАЯ КОНТРАКТУРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОБУСЛОВЛЕНА

!+травмой медиальной крыловидной мышцы

!травмой жевательной мышцы

!невритом тройничного нерва

!парезом лицевого нерва

?ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ СОСТАВЛЯЕТ

!+8-10 дней

!3-5 дней

!5-7 дней

!2-3 недели

?ПРИ ДИФФУЗНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ СОСТАВЛЯЕТ

!+2-3 недели

!3-5 дней

!5-7 дней

!8-10 дней

?ПРИМЕНЕНИЕ КОМПРЕССОВ С ДИМЕКСИДОМ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВИСОЧНО-НИЖНЕСЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) И СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ОБУСЛОВЛЕНА

!+высокой проникающей способностью через кожные покровы и противовоспалительным эффектом

!антибактериальным действием

!жаропонижающим действием

!фибринолитическим действием

?ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ СЛОЖНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

!+Дидинон

!Найз

!Амоксиклав

!Дексаметазон

?АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ

!+Линкомицином

!Эритромицином

!Фузидином натрия

!Дексаметазоном

?ПРИ ГЛУБИНЕ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА БОЛЕЕ 5 ММ ПРОВОДЯТ

!+открытый кюретаж

!гемисекцию

!вестибулопластику

!закрытый кюретаж

?НОВОКАИНОВЫЕ БЛОКАДЫ ПО А.В. ВИШНЕВСКОМУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ НЕ ОБЛАДАЮТ СВОЙСТВОМ

- !+оказания антибактериального эффекта
- !воздействия на трофическую функцию нервной системы
- !влияния на интенсивность клеточных процессов
- !купирования воспалительного процесса

?ПРИ ОСТРЫХ СИАЛАДЕНИТАХ В КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРОВОДЯТ

- !+инстилляцию протоков слюнных желёз раствором Пенициллина
- !орошение полости рта Интерфероном
- !ротовые ванночки раствором Хлоргексидина
- !тепловые компрессы

?ОРОШЕНИЕ ПОЛОСТИ РТА ИНТЕРФЕРОНОМ 4-5 РАЗ В ДЕНЬ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ВИДЕ СИАЛАДЕНИТА

- !+гриппозного
- !эпидпаротита
- !лимфогенного
- !контактного

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА НЕОБХОДИМО

- !+создать свободный отток экссудата из периапикальной области
- !удалить причинный зуб
- !провести ампутацию корня
- !провести резекцию верхушки корня пораженного зуба

?К ОПЕРАТИВНЫМ МЕТОДАМ, СОХРАНЯЮЩИМ КОРОНКУ ЗУБА, ОТНОСИТСЯ

- !+ампутация корня
- !гемисекция
- !коронково-радикулярная сепарация
- !удаление зуба

?РЕЗЕКЦИЯ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- !+резцов и клыков
- !третьих моляров нижней челюсти
- !вторых моляров нижней челюсти
- !третьих моляров верхней челюсти

?ПРИ АПИКОТОМИИ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ РАЗРЕЗЫ

- !+фестончатые
- !углообразные
- !трапещиевидные
- !дугообразные

?К ОПЕРАТИВНЫМ МЕТОДАМ, НЕ СОХРАНЯЮЩИМ ЗУБ, ОТНОСИТСЯ

- !+удаление зуба
- !реплантация зуба
- !цистэктомия
- !резекция верхушки корня

?СЛИЗИСТО-НАДКОСТНИЧНЫЙ ЛОСКУТ ПРИ ЦИСТЭКТОМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ОН

- !+больше очага деструкции кости
- !соответствует верхушке причинного зуба
- !соответствует очагу деструкции кости
- !меньше очага деструкции кости

?ПРИЧИННЫЙ ЗУБ ПРИ ЦИСТЭКТОМИИ

- !+сохраняется при локализации кисты на уровне верхушки корня зуба
- !удаляется всегда
- !сохраняется при локализации кисты на уровне шейки зуба
- !удаляется при разрушении костной стенки нёба

?ПРИ ЦИСТОТОМИИ УДАЛЯЮТ

- !+переднюю стенку кисты с костной тканью с последующей тампонадой
- !всю оболочку кисты с ушиванием раны наглухо
- !причинный зуб и оболочку кисты через лунку
- !всю оболочку кисты с тугой тампонадой раны

?ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+цистэктомия
- !вылушивание оболочки через лунку удалённого зуба
- !цистотомия
- !частичная резекция челюсти

?ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЦИСТЭКТОМИИ РАЗМЕР КОСТНОГО «ОКНА» ПО ОТНОШЕНИЮ К РАЗМЕРУ ОЧАГА ДЕКТРУКЦИИ КОСТИ

- !+соответствует
- !на 0,5-1 мм меньше
- !на 1 -2 мм меньше
- !на 1 -2 мм больше

?ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НАЗЫВАЕТСЯ

!+секвестрэктомиа
!остеоперфорация
!удаление причинного и соседних зубов
!вскрытие и дренирование гнойных очагов

?ОСТЕОПЕРФОРАЦИЮ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ

!+круглым бором
!дрельбором
!фрезой
!желобоватым долотом

?В СЛУЧАЕ ОТЛОМА СТЕНКИ АЛЬВЕОЛЫ С ЯЗЫЧНОЙ СТОРОНЫ ПРИ УДАЛЕНИИ НИЖНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА НУЖНО

!+аккуратно извлечь, предварительно отделив от неё мышечные пучки
!оставить её на месте
!наложить швы на слизистую оболочку и ввести дренаж
!тампонировать лунку йодоформной турундой для фиксации отломка

?ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП К ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМУ СИНУСУ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

!+переднюю поверхность тела верхней челюсти
!полость носа
!бугор верхней челюсти
!альвеолярный отросток

?ПРОВЕДЕНИЕ МИОТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО В ВОЗРАСТНОМ ПЕРИОДЕ (ЛЕТ)

!+4-7
!1 -2
!10-12
!0,5-1

?УСТРАНИТЬ ПРИВЫЧКУ СОСАНИЯ ЩЁК МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

!+миофункциональных аппаратов
!миогимнастики
!головной шапочки с подбородочной пращой
!несъёмных ортодонтических аппаратов

?ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ГУБЫ И НЁБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЪЁМНЫЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ

!+Брюкля
!Дерихсвайлера
!микроимплант
!брекет-система

?ПРИ СКВОЗНОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ГУБЫ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И НЁБА В ВОЗРАСТЕ ДО 3 МЕСЯЦЕВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЪЁМНЫЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ

!+пластинка с винтом
!аппарат Брюкля
!пластинка с накусочной площадкой
!аппарат Френкеля I типа

?ФАРИНГОПЛАСТИКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

!+операцию, направленную на хирургическое вмешательство на структурах глотки
!пластику мягкого и твёрдого отделов нёба
!пластику в пределах мягкого нёба
!операцию, направленную на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твёрдого нёба и глотки

?УРАНОСТАФИЛОФАРИНГОПЛАСТИКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

!+операцию, направленную на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твёрдого нёба и глотки
!пластику мягкого и твёрдого отдела нёба
!операцию, направленную на хирургическое вмешательство на структурах глотки
!пластику в пределах мягкого нёба

?ВЕЛОПЛАСТИКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

!+пластику в пределах мягкого нёба
!пластику мягкого и твёрдого отделов нёба
!операцию, направленную на хирургическое вмешательство на структурах глотки
!операцию, направленную на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твёрдого нёба и глотки

?КОМПАКТОСТЕОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

!+ускорения ортодонтического лечения
!улучшения фиксации ортодонтического аппарата
!продолжения ортодонтического лечения
!сохранения результатов ортодонтического лечения

?ПО МЕСТУ РАСПОЛОЖЕНИЯ АППАРАТ НОРДА ОТНОСИТСЯ К

!+внутриротовым, одночелюстным
!внеротовым
!комбинированным
!двучелюстным

?АППАРАТ ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВИНТОМ И ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДУГОЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ

!+расширение и уплощение верхнего зубного ряда

!уплощение переднего отдела нижнего зубного ряда
!устранение вредных привычек
!устранение дизоокклюзии

?КОРОНКА С РАСПОРКОЙ НА ЗУБ 1.6 ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ
!+сохранения места для 1.5
!мезиализации 1.6
!дистализации 1.6
!ротации 1.6

?ПЛАСТИНКА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВИНТОМ И САГИТАЛЬНЫМ РАСПИЛОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
!+равномерного расширения верхнего зубного ряда
!удлинения фронтального участка нижнего зубного ряда
!одностороннего расширения верхнего зубного ряда
!раскрытия срединного нёбного шва

?ПЛАСТИНКА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВИНТОМ И СЕКТОРАЛЬНЫМ РАСПИЛОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
!+удлинения верхнего зубного ряда
!равномерного расширения верхнего зубного ряда
!одностороннего расширения верхнего зубного ряда
!раскрытия срединного нёбного шва

?АППАРАТ PENDULUM ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ
!+дистализации моляров верхней челюсти
!смещения нижней челюсти вперёд
!смещения верхнего зубного ряда вперёд
!стабилизации положения верхней челюсти

?ЛИЦЕВАЯ МАСКА ДИЛЯРА ПОЗВОЛЯЕТ
!+перемещать вперёд верхний зубной ряд
!сдерживать рост верхней челюсти
!стимулировать рост нижней челюсти
!сдерживать рост обеих челюстей

?ЛИЦЕВАЯ ДУГА ПОЗВОЛЯЕТ
!+сдерживать рост верхней челюсти
!перемещать вперёд верхний зубной ряд и верхнюю челюсть
!стимулировать рост нижней челюсти
!сдерживать рост обеих челюстей

?ГОЛОВНАЯ ШАПОЧКА С ПОДБОРОДОЧНОЙ ПРАЩОЙ ПОЗВОЛЯЕТ
!+сдерживать рост нижней челюсти
!перемещать вперёд верхний зубной ряд и верхнюю челюсть
!стимулировать рост нижней челюсти
!сдерживать рост обеих челюстей

?ПО НАЗНАЧЕНИЮ АППАРАТ НОРДА
!+лечебный
!профилактический
!ретенционный
!комбинированный

?ПО НАЗНАЧЕНИЮ АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ
!+лечебный
!профилактический
!ретенционный
!комбинированный

?ГУВНОЙ БАМПЕР НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ
!+мезиального смещения нижнего зубного ряда
!дистального смещения первых нижних моляров
!удлинения переднего отрезка верхнего зубного ряда
!удлинения переднего нижнего зубного ряда

?ГУВНОЙ БАМПЕР ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ
!+удлинения зубных рядов
!мезиального смещения первых моляров
!уплощения переднего отрезка верхнего зубного ряда
!сужения зубных рядов

?АППАРАТ НОРДА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ
!+раскрытия нёбного шва
!удлинения верхнего зубного ряда
!ротации первых верхних моляров
!расширения верхнего зубного ряда только в переднем отделе

?АППАРАТ НАНСА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ
!+стабилизации положения моляров
!вестибулярного перемещения резцов

!выдвижения нижней челюсти
!стабилизации положения резцов

?АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРЁСТНОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
!+двучелюстным, комбинированным
!одночелюстным, механическим
!одночелюстным, функциональным
!двучелюстным, функциональным

?АППАРАТ БРЮКЛЯ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ПОЛОЖЕНИЯ
!+резцов
!клыков
!моляров
!премоляров

?ГУБНЫЕ ПЕЛОТЫ СПОСОБСТВУЮТ
!+росту апикального базиса челюсти
!сдерживанию роста апикального базиса челюсти
!устранению протрузии резцов
!фиксации аппарата в полости рта

?ВИД ЭЛАСТИЧНОЙ ТЯГИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ
!+межчелюстная по III классу
!одночелюстная
!межчелюстная по II классу
!вертикальная

?ВИД ЭЛАСТИЧНОЙ ТЯГИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ
!+перекрёстная
!одночелюстная
!межчелюстная по III классу
!межчелюстная по II классу

?ФИКСИРУЮЩИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ В АППАРАТЕ КЛАММТА ЯВЛЯЮТСЯ
!вестибулярная дуга, кламмера Адамса
!рукообразные пружины
!винт
!только вестибулярная дуга

?АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ
!+нормализации окклюзии
!расширения нижнего зубного ряда
!дистального перемещения боковой группы зубов справа
!удлинения зубных рядов

?ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ С ВИНТОМ И САГИТТАЛЬНЫМ РАСПИЛОМ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ
!+расширения зубного ряда
!коррекции положения первого постоянного моляра
!удлинения зубного ряда
!сохранения места

?ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКИ ДЕЙСТВУЮЩЕГО АППАРАТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
!+винта, лигатуры, пружины, дуги, резинового кольца
!накусочной площадки
!наклонной плоскости
!щита

?ВНУТРИРотовая эластичная тяга используется для
!+нормализации положения зубов, зубных рядов
!введения дополнительного элемента аппарата: лицевая дуга, подбородочная праща
!нормализации дыхания
!устранения вредных привычек

?БРЕКЕТ-СИСТЕМА ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ
!+механического действия
!комбинированного действия
!функционального действия
!внеротовым

?РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА
!+создаёт условия для роста верхней челюсти
!создаёт условия для роста нижней челюсти
!не влияет на рост нижней челюсти
!не влияет на рост верхней челюсти

?РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА
!+создаёт условия для роста нижней челюсти
!создаёт условия для роста верхней челюсти
!не влияет на рост нижней челюсти

!не влияет на рост верхней челюсти

?РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА

!+позволяет расширить верхний и нижний зубные ряды

!позволяет расширить только нижний зубной ряд

!не расширяет верхний зубной ряд

!не расширяет нижний зубной ряд

?АППАРАТ НОРДА ПО СПОСОБУ ФИКСАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+несъёмным

!съёмным

!внеротовым

!вестибулярным

?АППАРАТ НАНСА ПО СПОСОБУ ФИКСАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+несъёмным

!съёмным

!внеротовым

!вестибулярным

?РУКООБРАЗНЫЕ ПРУЖИНЫ ПЕРЕМЕЩАЮТ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ

!+медиально, латерально

!вестибулярно

!вертикально

!дистально

?ЛЕЧЕБНЫЕ АППАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ

!+нормализации положения зубов, формы и размера зубных рядов и их соотношения

!устранения вредных привычек

!нормализации носового дыхания

!ретенции результатов ортодонтического лечения

?К ВНУТРИРотовым АППАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

!+пластинки для верхней челюсти с винтом

!лицевая дуга

!подбородочная праща с головной шапочкой

!маска Дилера

?АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ

!+комбинированным

!механическим

!функциональным

!капповым

?РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

!+мезиальной окклюзии

!аномалии зубных рядов

!дистальной окклюзии с протрузией верхних резцов

!перекрёстной окклюзии

?БАМПЕР КОРНА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

!+нормализации и стабилизации положения первых моляров

!экструзии зубов

!внедрения передней группы зубов

!внедрения резцов нижнего зубного ряда

?В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ОСМОТРА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ИНСТРУМЕНТЫ

!+зеркало, зонд

!зеркало, гладилка

!зеркало, пинцет !пинцет, штопфер

?ЛИНИЯ КЛЕЙНА РАЗДЕЛЯЕТ

!+красную кайму и слизистую оболочку

!красную кайму и пероральную кожу

!пероральную кожу и слизистую оболочку

!слизистую оболочку и прикреплённую десну

?К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ

!+осмотр

!рентгенография

!электроодонтодиагностика (ЭОД)

!перкуссия

?ОСМОТР ПАЦИЕНТА НАЧИНАЮТ С

!+внешнего осмотра

!заполнения зубной формулы

!определения прикуса

!осмотра зубных рядов

?ОПРОС ПАЦИЕНТА НАЧИНАЕТСЯ С ВЫЯСНЕНИЯ

- !+жалоб
- !истории жизни
- !анамнеза заболевания
- !перенесенных заболеваний

?ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЕДИНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ «ЭНДОДОНТ» ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КОМПЛЕКС

- !+пульпа - дентин
- !дентин - эмаль
- !дентин - цемент
- !пульпа - периодонт

?ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА

- !+косметический недостаток
- !боль при перкуссии
- !боль от горячего раздражителя
- !подвижность зубов

?ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД

- !+пальпации
- !перкуссии
- !зондирования
- !рентгенографии

?ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДЕСНЕВОЙ БОРОЗДЫ ЗОНД ПОГРУЖАЕТСЯ НА ГЛУБИНУ МЕНЕЕ (ММ)

- !+1,5
- !2,0
- !2,5
- !3,0

?К ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ОТНОСЯТ

- !+язвенно-некротические процессы
- !«лаковый» язык
- !эрозии эмали
- !полиморфную сыпь

?ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

- !+пинцета
- !зеркала
- !углового зонда
- !экскаватора

?ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПУЛЬПЫ ПРОТЕКАЕТ ПО ТИПУ

- !+гиперергическому
- !гипоергическому
- !нормергическому
- !анергическому

?ПРИ ВНЕШНЕМ ОСМОТРЕ ЛИЦА ПАЦИЕНТА ВРАЧ ОТМЕЧАЕТ

- !+симметрию лица, носогубных складок, цвет кожи
- !тургор кожи, пигментные пятна
- !форму лица, форму носа
- !наличие изменений

?СЕРОЗНЫЙ ЭКССУДАТ ПЕРЕХОДИТ В ГНОЙНЫЙ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ (ЧАС)

- !+6-8
- !3-4
- !10-12
- !20-24

?ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА ЗОНДИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ

- !+по всем поверхностям
- !в пришеечной области
- !на контактных поверхностях
- !в фиссурах

?ОСНОВНОЙ МЕСТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+зубная бляшка
- !мягкий зубной налёт
- !минерализованный зубной налёт
- !зубной камень

?СОСТОЯНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ОЦЕНИВАЮТ МЕТОДОМ

- !+осмотра
- !зондирования
- !рентгенографии
- !опроса

?СПОСОБНОСТЬЮ ПРИКРЕПЛЯТЬСЯ К ГИДРОКСИАПАТИТУ И ПЕЛЛИКУЛЕ ОБЛАДАЮТ

- !+актиномицеты и стрептококки
- !актиномицеты и спирохеты
- !стрептококки и стафилококки
- !стафилококки и спирохеты

?ЭЛЕКТРОДОНТОМЕТРИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- !+состояния нервных окончаний пульпы
- !состояния нервных окончаний пародонта
- !состояния сосудов
- !возбудимости нервных окончаний пародонта

?ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ФТОРА ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+питьевая вода
- !зубная паста
- !зубной эликсир
- !фторированная соль

?НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДАЁТ

- !+ортопантомография
- !дентальная рентгенография
- !панорамная рентгенография
- !телерентгенография

?ВНУТРЕННЕЕ ОКРАШИВАНИЕ ЗУБОВ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО

- !+эндодонтическим лечением зубов с применением резорцин-формалинового метода
- !курением
- !наследственностью
- !возрастными изменениями

?ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОХОЖДЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПРАВОГО ВЕРХНЕГО ПЕРВОГО МОЛЯРА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- !+дентальную рентгенографию
- !панорамную рентгенографию
- !ортопантомографию
- !телерентгенографию

?НАИБОЛЬШЕЙ КАРИЕСОГЕННОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ СТРЕПТОКОККИ ГРУППЫ

- !+S. Mutans
- !S. Faecalis
- !S. Aureus
- !S. Pneumococcus

?К ВИДАМ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ОТНОСЯТ

- !+внеротовую и внутриротовую
- !внеротовую и внечерепную
- !внутриротовую и внутрисосудистую
- !внутриротовую и внутриполостную

?ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ОБУСЛОВЛЕНА

- !+заболеваниями матери в период беременности
- !употреблением кислой пищи
- !заболеваниями ребёнка в период от 1 года до 2 лет
- !неудовлетворительным гигиеническим состоянием полости рта

?К ВНЕРОТОВОМУ МЕТОДУ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ

- !+телерентгенограмма
- !ультразвуковое исследование слюнной железы
- !тепловизиография
- !ангиограмма

?К ВНУТРИРОТОВОМУ МЕТОДУ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ

- !+прицельная рентгенография
- !ортопантомограмма
- !электроодонтодиагностика
- !миография

?ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ, КАК ПРАВИЛО, ЧЁТКО СВЯЗАННОЙ С ВИЧ- ИНФЕКЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+волосатая
- !плоская
- !веррукозная
- !эрозивная

?К ВНЕРОТОВОМУ МЕТОДУ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ

- !+ортопантомограмма
- !ультразвуковое исследование слюнной железы
- !тепловизиография
- !ангиограмма

?ХАРАКТЕРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ ПРИ ФЛЮРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

!+вестибулярная поверхность резцов, клыков

!фиссура

!шейка зуба

!окклюзионная поверхность моляров

?ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+нарушение структуры тканей зуба в результате повышенной функциональной нагрузки

!механическое воздействие

!дисфункция щитовидной железы

!употребление в пищу большого количества цитрусовых и их соков

?ИЗМЕРЕНИЕ ЭЛЕКТРОВЗБУДИМОСТИ ПУЛЬПЫ ЗУБА ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ

!+электроодонтодиагностики

!холодовой пробы

!тепловизиографии

!телерентгенограммы (ТРГ)

?КИСЛОТНЫЙ НЕКРОЗ ЭМАЛИ ОТ СИНДРОМА СТЕНТОНА - КАПДЕПОНА ОТЛИЧАЕТСЯ

!+сглаживанием формы зубов, наличием гиперестезии, матовой поверхностью эмали

!частичным или полным отсутствием эмали зубов, пигментированным дентином

!наличием участков зубов без эмали с острыми краями

!окраской зубов от перламутровой до коричневой

?СРЕДНЕСТАТИСТИЧЕСКОЙ НОРМОЙ ЗДОРОВОГО ЗУБА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКИ (ЭОД) ПРИНЯТО СЧИТАТЬ ИНТЕРВАЛ (МКА)

!+2-6

!1-3

!10-14

!30-55

?ЭРОЗИВНУЮ ФОРМУ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТ ЭРОЗИЙ ЭМАЛИ ЗУБОВ ОТЛИЧАЕТ

!+симметричность формы и расположения участков поражения на одноименных зубах

!чередование участков с эрозиями и пятнами на разных поверхностях зубов

!наличие выраженной гиперестезии твёрдых тканей зубов

!атипичное расположение эрозий эмали на зубах

?К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ПРИ КИСЛОТНОМ НЕКРОЗЕ ОТНОСЯТ

!«слипание зубов»

!чувство «оскомины»

!боль от химических раздражителей

!боль от температурных раздражителей

?ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

!+разрастанием десневого сосочка и грануляционной ткани из периодонта

!хроническим генерализованным пародонтитом

!гиперемией пульпы

!гипертрофическим гингивитом

?ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ БОЛЬНОЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ

!+от механических раздражителей

!от химических раздражителей

!от температурных раздражителей

!самопроизвольные

?В АНАМНЕЗЕ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИАПИКАЛЬНОГО АБСЦЕССА ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ БОЛЬ

!+острая при накусывании

!иррадирующая по ходу ветвей тройничного нерва

!приступообразная от всех видов раздражителей

!самопроизвольная в ночное время

?СКАРЛАТИНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ПОЛОСТИ РТА НА ЯЗЫКЕ В ВИДЕ

!+блестящей, гладкой поверхности языка ярко-красного цвета

!резко болезненных эрозий и язв

!белого «творожистого», легко снимающегося налёта на спинке языка

!грязно-серого налёта на спинке языка

?ИСТОЧНИКОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+человек - носитель ВИЧ

!крупный рогатый скот

!кровососущее насекомое

!птица

?ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

!+пародонтального кармана

!зубного камня

!афт слизистой оболочки

!кариозной полости

?НАЛИЧИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ УБЫЛИ ТКАНЕЙ ДЕСНЫ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

!+пародонтита

!пародонтоза
!гингивита
!пародонтомы

?ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «КАНДИДОЗ» ИСПОЛЬЗУЮТ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

!+бактериоскопический
!аллергологический
!рентгенологический
!цитологический

?ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

!+рентгенография
!расспрос
!зондирование
!перкуссия

?ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ПАРОДОНТАЛЬНОГО ИНДЕКСА (PI) ПО РАССЕЛУ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

!+рентгенография
!полярометрия
!эхоosteометрия
!реопародонтография

?МЕТОД ТЕРМОМЕТРИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

!+для дифференциальной диагностики кариеса и пульпита
!для диагностики периодонтита
!для дифференциальной диагностики периодонтита и невралгии тройничного нерва
!при перфорации в области бифуркации

?УРОВЕНЬ НАПРЯЖЕНИЯ КИСЛОРОДА В ТКАНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ

!+полярографии
!биомикроскопии
!фотоплетизмографии
!реопародонтографии

?ПОЛЯРОГРАФИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

!+парциальное давление кислорода в тканях
!содержимое пародонтальных карманов
!уровень резорбции альвеолярной кости
!регионарную гемодинамику в пародонте

?ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ДЕНТИНА» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

!+K02.1
!K02.0
!K02.2
!K02.9

?ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ЭМАЛИ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

!+K02.0
!K02.1
!K02.2
!K02.9

?ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ЦЕМЕНТА» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

!+K02.2
!K02.0
!K02.1
!K02.9

?ДИАГНОЗУ «НЕКРОЗ ПУЛЬПЫ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

!+K04.1
!K04.0
!K04.2
!K04.9

?ДИАГНОЗУ «ПУЛЬПИТ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

!+K04.0
!K04.1
!K04.2
!K04.9

?ДИАГНОЗУ «ХРОНИЧЕСКИЙ АПИКАЛЬНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

!+K04.5
!K04.0
!K04.1
!K04.2

?ДИАГНОЗУ «КОРНЕВАЯ КИСТА» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

!+K04.8
!K04.0

!K04.4

!K04.7

?ДИАГНОЗУ «ЭРОЗИЯ ЗУБА» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

!+K03.2

!K03.0

!K03.1

!K03.4

?ДИАГНОЗУ «ПОВЫШЕННОЕ СТИРАНИЕ ЗУБОВ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

!+K03.0

!K03.1

!K03.2

!K03.4

?ДИАГНОЗУ «ГИПЕРЦЕМЕНТОЗ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

!+K03.4

!K03.0

!K03.1

!K03.2

?ПО МКБ-10 ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ЗУБОВ» СООТВЕТСТВУЕТ КОД

!+K02

!K01

!K03

!K04

?ПО МКБ-10 ДИАГНОЗУ «ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРОДОНТИТ» СООТВЕТСТВУЕТ КОД

!+K05.3

!K02.1

!K03.1

!K04.5

?ПО МКБ-10 ДИАГНОЗУ «ХРОНИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ» СООТВЕТСТВУЕТ КОД

!+K05.1

!K02.1

!K03.1

!K04.5

?ПО МКБ-10 ДИАГНОЗУ «РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ» СООТВЕТСТВУЕТ КОД

!+K06.0

!K05.3

!K06.2

!K07.1

?ПО МКБ-10 ДИАГНОЗУ «РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ АФТЫ ПОЛОСТИ РТА» СООТВЕТСТВУЕТ КОД

!+K12.0

!K02.3

!K04.2

!K10.0

?К ТЯЖЁЛОЙ ФОРМЕ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ОТНОСЯТ СИНДРОМ

!+Стивенса - Джонсона

!Бехчета

!Шегрена

!Розенталя

?ТЕРМИЧЕСКИЙ ОЖОГ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСИТСЯ К ТРАВМЕ

!+физической

!химической

!механической

!хронической

?КЛАССИФИКАЦИЯ МКБ-10 ВКЛЮЧАЕТ ПЕРИОДОНТИТ

!+острый апикальный пульпарного происхождения и периапикальный абсцесс со свищем

!острый серозный и острый гнойный

!хронический фиброзный

!хронический гранулёматозный

?ХРОНИЧЕСКОМУ ЯЗВЕННОМУ ПУЛЬПИТУ ПО КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ММСИ

!+хронический гангренозный пульпит

!хронический фиброзный пульпит

!хронический гипертрофический пульпит

!обострение хронического пульпита

?СОГЛАСНО МКБ-10 ПОВЕРХНОСТНЫЙ КАРИЕС ЯВЛЯЕТСЯ КАРИЕСОМ

!+эмали

!дентина

!приостановившимся

!неуточнённым

?СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- !+нарушения обмена вещества при болезнях раннего детского возраста
- !несовершенного остеогенеза
- !низкого содержания фтора в питьевой воде
- !инфицирования фолликула при травме

?ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ "КАРИЕС В СТАДИИ ПЯТНА" ПРОВОДЯТ С

- !+флюорозом
- !гиперемией пульпы
- !эрозией эмали
- !острым пульпитом

?ДИАГНОЗ "ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ" СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ

- !+рентгенограммы, на которой обнаруживается деформация периодонтальной щели в виде расширения у верхушки корня
- !данных электроодонтодиагностики (ЭОД)
- !жалоб на боль при надкусывании и положительной перкуссии зуба
- !рентгенограммы, на которой обнаруживается очаг разрежения кости в области верхушки корня с нечёткими границами

?ХРОНИЧЕСКОМУ ГРАНУЛЁМАТОЗНОМУ И ГРАНУЛИРУЮЩЕМУ ПЕРИОДОНТИТУ ПО НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ СООТВЕТСТВУЕТ

- !+апикальная гранулёма
- !пульпарный абсцесс
- !периапикальный абсцесс со свищем
- !гангрена пульпы

?ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ "ГИПЕРЕМИЯ ПУЛЬПЫ" ПРОВОДЯТ С

- !+хроническим пульпитом
- !кариесом в стадии пятна
- !хроническим апикальным периодонтитом
- !деструктивной формой флюороза

?ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ АФТОЗНЫЙ СТОМАТИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- !+многоформной экссудативной эритемой
- !кандидозом
- !глоссалгией
- !язвенно-некротическим стоматитом

?ЗУБЫ ГЕТЧИНСОНА И ФУРЬЕ ОТНОСЯТ К

- !+системной гипоплазии эмали
- !местной гипоплазии эмали
- !гиперплазии эмали
- !наследственному несовершенному амелогенезу

?КАРИОЗНЫЙ ПРОЦЕСС РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- !+преобладании деминерализации
- !равновесии ре- и деминерализации
- !отсутствии реминерализации
- !десминерализации

?ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- !+вирусным
- !бактериальным
- !грибковым
- !аутоиммунным

?СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО ПРИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ

- !+положительный всегда
- !отрицательный
- !положительный в зависимости от формы
- !положительный в зависимости от локализации

?ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВИРУС

- !+Herpes simplex I типа
- !Herpes simplex II типа
- !Herpes zoster
- !вирус иммунодефицита

?РЕШАЮЩИМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА И ХРОНИЧЕСКОГО ФИБРОЗНОГО ПУЛЬПИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+термометрия
- !характер болей
- !зондирование
- !электроодонтометрия

?ВОСПАЛЕНИЕ ТКАНЕЙ ДЕСНЫ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ БЕЗ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБОДЕСНЕВОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

- !+гингивит
- !пародонтит
- !пародонтоз
- !пародонтома

?НАИБОЛЕЕ РЕЗИСТЕНТНЫ К КАРИЕСУ УЧАСТКИ ЭМАЛИ В ОБЛАСТИ

- !+бугров
- !шейки
- !контактных поверхностей
- !вестибулярных поверхностей

?ПОД ВТОРИЧНЫМ КАРИЕСОМ СЛЕДУЕТ ПОНИМАТЬ

- !+возникновение кариозного процесса на неповреждённой эмали рядом с пломбой
- !процесс, возникающий там, где он отмечался раньше
- !наличие пигментированного пятна значительных размеров на контактной поверхности
- !появление мелового участка эмали в области перехода щёчной или оральной поверхности в контактную

?ПЯТНА ПРИ БЫСТРОМ РАЗВИТИИ КАРИЕСА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ КАК, ЗОНДИРОВАНИЕ

- !+меловидные; безболезненно
- !блестящие; безболезненно
- !пигментированные; болезненно
- !меловидные; болезненно

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ГЕОГРАФИЧЕСКОГО ЯЗЫКА ОТНОСЯТ

- !+неравномерную десквамацию эпителия на спинке языка
- !нитевидные сосочки тёмного цвета, резко увеличенные в размере
- !глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- !плотный тёмно-коричневый налёт на спинке языка

?КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭРОЗИИ ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- !+овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки
- !дефект твёрдых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
- !дефект в форме клина у шеек зубов на щёчных губных поверхностях
- !потерю блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образование дефекта

?ВЫРАЖЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ ОБУСЛОВЛЕН

- !+раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
- !повышением температуры тела
- !понижением гидростатического давления в полости зуба
- !уменьшением количества вазоактивных веществ

?К ОСТРЫМ ТРАВМИРУЮЩИМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ

- !+случайное прикусывание
- !действие микропротезов
- !балансирующий съёмный протез
- !нависающие края пломбы

?РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВОСПАЛЕНИЯ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+симптом кровоточивости десны
- !клинический карман глубиной 3 мм
- !патологическая подвижность зуба
- !изменение цвета и формы десневого сосочка

?РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ В ПОЛОСТИ РТА

- !+увеличенные, болезненные, мягкие, подвижные
- !увеличенные, безболезненные, плотно-эластичные, подвижные
- !увеличенные, безболезненные, плотные, спаянные
- !не увеличенные, болезненные, плотные, спаянные

?ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ЛОКАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+нависающий край пломбы
- !заболевание крови
- !гиповитаминоз С
- !низкое содержание фторида в питьевой воде

?ПРИ КАНДИДОЗЕ В СОСКОБАХ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

- !+почкующиеся клетки грибов Candida
- !гигантские эпителиальные клетки
- !многоядерные клетки
- !микобактерии

?ПОВЕРХНОСТНЫЕ ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ВЫЗЫВАЮТ

- !+грибы рода Candida
- !эпидермофиты
- !актиномицеты
- !трихофиты

?ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КЛЕТКАМИ ПРИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ ЯВЛЯЮТСЯ КЛЕТКИ

- !+Тцанка
- !Лангханса
- !атипичные
- !гигантские многоядерные

?НЕПОЛНОЕ ОРОГОВЕНИЕ КЛЕТОК ШИПОВАТОГО СЛОЯ НАЗЫВАЮТ

- !+паракератоз
- !акантоз
- !спонгиоз
- !гиперкератоз

?ОСНОВНЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЮОРОЗА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+«муаровая эмаль»
- !гиперминерализация эмали
- !гипоминерализация эмали
- !деминерализация эмали

?ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В МАЗКАХ СОДЕРЖИМОГО ПУЗЫРЬКОВ И СОСКОБОВ С ПОВЕРХНОСТИ АФТ В ПЕРВЫЕ 2-4 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

- !+гигантские многоядерные клетки
- !туберкулёзные микобактерии
- !почкующиеся клетки
- !фузобактерии

?В ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ С ЭРОЗИИ ПРИ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ ВЫЯВЛЯЮТ

- !+картину неспецифического воспаления
- !акантолиз
- !фузоспирохетоз
- !картину специфического воспаления

?ПОЛЯРИЗАЦИОННАЯ МИКРОСКОПИЯ ВЫДЕЛЯЕТ ПРИ КАРИЕСЕ В СТАДИИ ПЯТНА ОЧАГ В ФОРМЕ

- !+треугольника
- !круга
- !трапеции
- !овала

?КАРИЕС В СТАДИИ ПЯТНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- !+подповерхностной деминерализацией
- !некрозом эмали
- !нарушением формирования эмали
- !поверхностной деминерализацией

?ОСНОВНЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЭРОЗИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+поверхностная деминерализация эмали
- !подповерхностная деминерализация эмали
- !«муаровая эмаль»
- !«мраморная эмаль»

?ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПЕРИОДОНТИТА ПРИНАДЛЕЖИТ МИКРООРГАНИЗМАМ

- !+стрептококкам
- !фузобактериям
- !актиномицетам
- !энтерококкам

?ПО ПРИЦЕЛЬНОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ МОЖНО ПРОАНАЛИЗИРОВАТЬ СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА В ОБЛАСТИ

- !+межзубных перегородок
- !нёбных стенок
- !щёчных стенок
- !язычных стенок

?РАВНОМЕРНОЕ ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДОК БОЛЕЕ 1/2 ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- !+пародонтоза тяжёлой степени
- !пародонтита средней степени
- !пародонтита тяжёлой степени
- !пародонтоза средней степени

?РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- !+деформацией периодонтальной щели в виде расширения у верхушки корня
- !отсутствием изменений в периапикальной области
- !наличием признаков остеопороза в периапикальной области
- !отсутствием периодонтальной щели

?НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ГИНГИВИТЕ РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

- !+отсутствует
- !присутствует и распространяется на 1/3 длины корня зуба
- !присутствует и распространяется на 2/3 длины корня зуба
- !присутствует и распространяется на 3/4 длины корня зуба

?ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ

- !+окрашивание налёта
- !пальпацию
- !перкуссию
- !зондирование

?ДЛЯ ОСМОТРА ЗУБОВ НЕОБХОДИМЫ

- !+зонд и зеркало
- !пинцет и экскаватор
- !шпатель и гладилка
- !скальпель и элеватор

?ОСМОТР ЗУБОВ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- !+оценку внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
- !ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
- !постукивание по зубу для определения состояния пародонта
- !определение отклонения зуба от оси

?ПАЛЬПАЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- !+ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
- !постукивание по зубу для определения состояния пародонта
- !оценку внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
- !определение отклонения зуба от оси

?ПЕРКУССИЯ ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- !+постукивание по зубу для определения состояния пародонта
- !ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
- !оценку внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
- !определение отклонения зуба от оси

?ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- !+определение отклонения зуба от оси
- !ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
- !оценку внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
- !постукивание по зубу для определения состояния пародонта

?ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ ЗУБОВ ВКЛЮЧАЕТ

- !+генеалогический метод (метод родословных)
- !клинический анализ крови
- !осмотр полости рта
- !рентгенологическое исследование

?ПЕРКУССИЕЙ ЗУБА ОЦЕНИВАЮТ СОСТОЯНИЕ

- !+пародонта
- !пульпы
- !костной ткани челюстей
- !десны

?СОСТОЯНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И ВИДИМЫХ СЛИЗИСТЫХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОЦЕНИВАЮТ ПРИ

- !+внешнем осмотре
- !осмотре полости рта
- !пальпации
- !расспросе

?ЖАЛОБА НА БОЛЬ ОТ ХИМИЧЕСКИХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, ПРОХОДЯЩАЯ ПОСЛЕ ИХ УСТРАНЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- !+кариеса
- !пульпита
- !периодонтита
- !альвеолита

?ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛЬ

- !+от температурных и химических раздражителей, проходящую после их устранения
- !от температурных и химических раздражителей, сохраняющуюся после их устранения
- !при накусывании на зуб
- !ночную

?ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ В ОСНОВНОМ НА БОЛЬ

- !+от химических раздражителей
- !от температурных раздражителей
- !при накусывании на зуб
- !ночную

?ЭЛЕКТРОВЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ СОСТАВЛЯЕТ (МКА)

- !+2-6
- !10-12
- !25-30
- !100

?ЖАЛОБЫ НА БОЛЬ ОТ ТЕМПЕРАТУРНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, ПРОХОДЯЩУЮ ПОСЛЕ ИХ УСТРАНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- !+гиперемии пульпы
- !хронического пульпита
- !острого пульпита
- !острого периодонтита

?КАРИЕС ЭМАЛИ В СТАДИИ ПЯТНА ДИАГНОСТИРУЮТ НА ОСНОВАНИИ

- !+высушивания и окрашивания пятна

!электроодонтодиагностики (ЭОД)

!рентгенодиагностики

!зондирования поверхности пятна

?ДЛЯ КАРИЕСА ДЕНТИНА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

!+кариозная полость средних размеров в эмали и дентине

!кариозная полость в пределах эмали

!пигментированное пятно

!глубокая кариозная полость

?МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА ЭМАЛИ В СТАДИИ ПЯТНА ОСНОВАНЫ НА

!+изменении оптических свойств эмали

!уменьшении проницаемости эмали

!увеличении проницаемости эмали

!стабильности эмали

?ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЕГО ТЕЧЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИСТРИРУЮТ В ГРАФЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ

!+развитие настоящего заболевания

!перенесённые и сопутствующие заболевания

!жалобы больного

!данные объективного исследования

?К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ОТНОСЯТ

!+перкуссию и зондирование

!рентгенографию

!лабораторный анализ

!электроодонтодиагностику (ЭОД)

?К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ОТНОСЯТ

!+осмотр

!лабораторный анализ

!рентгенографию

!электроодонтодиагностику (ЭОД)

?ПАЛЬПАЦИЮ ПРОВОДЯТ ДЛЯ

!+определения состояния регионарных лимфатических узлов

!выявления сообщения кариозной полости с полостью зуба

!обнаружения кариозной полости

!определения размеров кариозной полости

?ДЛЯ ВЫЯСНЕНИЯ ЖАЛОБ БОЛЬНОГО ПРОВОДЯТ

!+расспрос

!перкуссию

!осмотр

!аускультацию

?ОБНАРУЖИТЬ КАРИОЗНУЮ ПОЛОСТЬ ВОЗМОЖНО ПРИ

!+зондировании

!внешнем осмотре

!перкуссии

!лабораторном анализе

?ЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСНОВАНА НА ИЗМЕНЕНИИ

!+оптических свойств эмали (кристаллы преломляют свет)

!органических составляющих эмали при патологических процессах

!проницаемости эмали

!проницаемости дентина

?ЗУБНОЙ НАЛЁТ ОКРАШИВАЮТ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСОВ

!+гигиены

!КПУ (кариес, пломба, удалённый зуб)

!РМА

!РІ

?ТЕМПЕРАТУРНАЯ ПРОБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

!+определение реакции зуба на холодовые раздражители

!оценку внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

!определение отклонения зуба по оси

!ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей

?ТЕМПЕРАТУРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСНОВАНА НА

!+способности пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния

!способности тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей

!способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)

!прохождении через объект исследования безвредного для организма холодного луча света

?ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕМПЕРАТУРНОЙ ПРОБЫ РАЗДРАЖИТЕЛЬ ПОМЕЩАЮТ

!+непосредственно в кариозную полость

!на сохранившуюся эмаль в пришеечной области коронки зуба

!на область бугров

!на экватор

?ЭЛЕКТРОДОНТОДИАГНОСТИКА (ЭОД) ОСНОВАНА НА

!+способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)

!способности тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей

!прохождении через объект исследования безвредного для организма холодного луча света

!способности пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния

?РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

!+степень прохождения лучей, в зависимости от плотности тканей на исследуемом участке

!способность тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей

!способность живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)

!способность пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния

?ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИОННЫЙ МЕТОД ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

!+прохождение через объект исследования безвредного для организма холодного луча света

!способность тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей

!способность живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)

!способность пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния

?ЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСНОВАНА НА

!+способности тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей

!прохождении через объект исследования безвредного для организма холодного луча света

!способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)

!способности пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния

?К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ОТНОСИТСЯ

!+электродонтодиагностика (ЭОД)

!внешний осмотр

!зондирование

!пальпация

?ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БЕССИМПТОМНОГО ТЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ДЕНТИНА ПРОВОДЯТ С

!+хроническим фиброзным периодонтитом

!хроническим гранулематозным периодонтитом

!деструктивной формой флюороза

!кариесом в стадии пятна

?ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ЭМАЛИ ПРОВОДЯТ С

!+эрозией эмали

!хроническим периодонтитом

!кислотным некрозом

!острым пульпитом

?ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ЭМАЛИ ПРОВОДЯТ С

!+клиновидным дефектом

!острым пульпитом

!хроническим периодонтитом

!гиперемией пульпы

?ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ПРОВОДЯТ С

!+гипоплазией эмали

!гиперемией пульпы

!очаговым пульпитом

!кариесом дентина

?ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ДЕНТИНА ПРОВОДЯТ С

!+хроническим периодонтитом

!острым пульпитом

!эрозией эмали

!флюорозом

?ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ЦЕМЕНТА ПРОВОДЯТ С

!+клиновидным дефектом

!деструктивной формой флюороза

!хроническим периодонтитом

!кариесом эмали

?ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

!+гипертрофией десневого сосочка

!хроническим гангренозным пульпитом

!острым пульпитом

!хроническим периодонтитом

?РАХИТ, ТУБЕРКУЛЁЗ ЯВЛЯЮТСЯ ВОЗМОЖНЫМИ ПРИЧИНАМИ

!+задержки прорезывания зубов

!патологического стирания

!эрозии

!сверхкомплектных зубов

?ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ЯВЛЯЮТСЯ ВОЗМОЖНЫМИ ПРИЧИНАМИ

!+изменения цвета зубов

!эрозии

!флюороза

!кариеса

?АНОМАЛИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ ПРИВОДИТ К ПОЯВЛЕНИЮ НА ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ ПЯТЕН ЦВЕТА

!+жёлтого

!коричневого

!белого

!зелёного

?ЭРИТРОЦИТАРНАЯ ПОРФИРИЯ ВЫЗЫВАЕТ ФЛЮОРЕСЦИРУЮЩЕЕ СВЕЧЕНИЕ

!+красное

!зелёное

!белое

!голубое

?ГЕННЫЕ МУТАЦИИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ СТРУКТУР ПЕРЕДАЮТСЯ

!+без изменений

!с изменениями в каждом поколении

!через поколение

!через два поколения

?РАДИАЦИОННЫЙ НЕКРОЗ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

!+отсутствием боли

!болью от химических раздражителей

!болью от механических раздражителей

!болью от температурных раздражителей

?НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ КИСЛОТНОГО НЕКРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

!+«слипание зубов»

!чувство «оскомины»

!боль от химических раздражителей

!боль от температурных раздражителей

?СХОДСТВО ЖАЛОБ БОЛЬНОГО ПРИ КАРИЕСЕ ДЕНТИНА (СРЕДНЯЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ) И ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

!+отсутствие жалоб

!боли от температурных раздражителей

!боли при накусывании

!боли от химических раздражителей

?БЕЗБОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ КАРИЕСЕ ДЕНТИНА ОБУСЛОВЛЕНА

!+разрушением наиболее чувствительной зоны (эмлево-дентинного соединения)

!отсутствием чувствительной иннервации в дентине

!некрозом пульпы

!образованием заместительного дентина

?ПРИ ГЛУБОКОЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛЬ

!+от температурных раздражителей, которая прекращается после устранения раздражителей

!от температурных раздражителей, которая сохраняется после устранения раздражителей

!от химических раздражителей, которая сохраняется после устранения раздражителей

!самопроизвольную

?ВОСПАЛЕНИЕ ПУЛЬПЫ В ТЕЧЕНИЕ 48 ЧАСОВ ПОСЛЕ АЛЬТЕРАЦИИ НОСИТ ХАРАКТЕР ПУЛЬПИТА

!+острого начального

!острого гнойного

!хронического

!хронического язвенного

?СОХРАНЕНИЕ БОЛИ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ РАЗДРАЖИТЕЛЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

!+хронического пульпита

!кариеса эмали

!кариеса дентина

!хронического периодонтита

?ПРИСТУПЫ САМОПРОИЗВОЛЬНОЙ БОЛИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

!+остром пульпите

!кариесе дентина

!хроническом пульпите

!остром периодонтите

?САМОПРОИЗВОЛЬНАЯ БОЛЬ, БОЛЬ ОТ ВСЕХ ВИДОВ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, НОЧНАЯ ПРИСТУПООБРАЗНАЯ БОЛЬ В ТЕЧЕНИЕ 10-30 МИНУТ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПУЛЬПИТА

!+острого

!острого гнойного

!хронического

!хронического язвенного

?БОЛЬ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИРРАДИРУЕТ В

- !+висок, надбровную и скуловую область, зубы нижней челюсти
- !затылок, ухо, поднижнечелюстную область, висок, зубы верхней челюсти
- !шею, глаз, надбровную область
- !язык, глотку, ухо, поднижнечелюстную область

?БОЛЬ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИРРАДИРУЕТ В

- !+затылок, ухо, поднижнечелюстную область, висок, зубы верхней челюсти
- !висок, надбровную и скуловую область, зубы нижней челюсти
- !шею, глаз, надбровную область
- !язык, глотку, ухо, поднижнечелюстную область

?ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛИ ДО 2 СУТОК ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПУЛЬПИТА

- !+острого
- !острого гнойного
- !хронического гипертрофического
- !хронического язвенного (гангренозного)

?ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА (В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ) ХАРАКТЕРНА БОЛЬ

- !+ноющая от разных раздражителей, преимущественно от горячего, сохраняющаяся после их устранения, боль от смены окружающей температуры
- !самопроизвольная приступообразная в зубе, продолжительная боль от внешних раздражителей, боль при накусывании на зуб при аналогичных жалобах в прошлом
- !ноющая от разных раздражителей, кровоточивость при приёме пищи
- !приступообразная от всех раздражителей, сохраняющаяся после их устранения

?ИНТЕНСИВНАЯ ПРИСТУПООБРАЗНАЯ НОЧНАЯ БОЛЬ С КОРОТКИМИ СВЕТЛЫМИ ПРОМЕЖУТКАМИ И ИРРАДИАЦИЕЙ ПО ХОДУ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- !+острого гнойного пульпита
- !острого пульпита
- !острого периодонтита
- !хронического пульпита

?НОЮЩАЯ БОЛЬ, ДИСКОМФОРТ ОТ ТЕМПЕРАТУРНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, НОЮЩАЯ БОЛЬ ПРИ СМЕНЕ НАРУЖНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПУЛЬПИТА

- !+хронического
- !острого гнойного
- !острого
- !хронического язвенного

?БОЛЬ ОТ РАЗЛИЧНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ (ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ОТ ГОРЯЧЕГО) НАБЛЮДАЮТ ПРИ

- !+хроническом язвенном пульпите
- !кариесе цемента корня
- !хроническом пульпите
- !кариесе дентина

?НЕЗНАЧИТЕЛЬНО БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ШИРОКО ВСКРЫТОЙ ПОЛОСТИ ЗУБА, КРОВОТОЧИВОСТЬ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ ПУЛЬПИТА

- !+хронического
- !острого гнойного
- !острого
- !хронического язвенного

?БОЛЬ ПРИ НАКУСЫВАНИИ ПРИ ОСТРОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ (ФАЗА ИНТОКСИКАЦИИ ПЕРИОДОНТА) СВЯЗАНА С

- !+ацидозом
- !отёком соединительной ткани
- !накоплением эндотоксинов в тканях
- !разволокнением коллагеновых волокон

?ЧУВСТВО «ВЫРОСШЕГО» ЗУБА («УДЛИНЕНИЕ» ЗУБА) СВЯЗАНО С

- !+скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта
- !отёком и гиперемией в периапикальных тканях
- !гиперемией и отёком десны
- !избыточной нагрузкой на зуб

?НОЮЩАЯ БОЛЬ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ НАКУСЫВАНИИ НА ЗУБ БЕЗ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПЕРИОДОНТИТА

- !+острого апикального пульпарного происхождения (фаза интоксикации периодонта)
- !острого апикального (фаза экссудации)
- !хронического
- !хронического (обострение)

?НОЮЩАЯ БОЛЬ, КОТОРАЯ УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ НАКУСЫВАНИИ НА ЗУБ, ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- !+интоксикации периодонта после девитализации пульпы мышьяковистой пастой
- !кариеса
- !острого пульпита
- !хронического пульпита (ремиссия)

?ОТСУТСТВИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПРИЧИННОГО ЗУБА, ИЗМЕНЕНИЕ КОНФИГУРАЦИИ ЛИЦА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- !+подслизистого абсцесса
- !острого периодонтита в фазе интоксикации периодонта
- !острого периодонтита в фазе экссудации
- !обострения хронического гангренозного пульпита

?ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- !+периапикального абсцесса без свища
- !хронического пульпита
- !острого пульпита
- !кариеса

?СКУДНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- !+периапикального абсцесса со свищом
- !хронической апикальной гранулёмы
- !острого периодонтита
- !острого пульпита

?ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- !+нарушениями образования и развития эмали и дентина зуба
- !выраженной гиперестезией
- !изменениями в периодонте
- !изменениями окклюзии

?ГИПОПЛАЗИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ В ПЕРИОД

- !+формирования и минерализации зубов
- !закладки зубов
- !прорезывания зубов
- !дифференцировки зубных зачатков

?ПРИ ВВЕДЕНИИ БОЛЬШИХ ДОЗ ТЕТРАЦИКЛИНА МЕНЯЕТСЯ

- !+цвет эмали зубов
- !блеск эмали зубов
- !форма зуба
- !структура (недоразвитие эмали)

?СИСТЕМНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ ВСЕГДА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- !+гипоплазии
- !кариеса
- !пульпита
- !эрозии зубов

?К ПРИЧИНАМ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- !+заболевания ребёнка в первый год после рождения
- !заболевания матери в период беременности
- !генетические факторы
- !высокое содержание фтора в питьевой воде

?К ПРИЧИНАМ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

- !+периодонтит молочного зуба
- !генетические факторы
- !заболевания ребёнка после рождения
- !низкое содержание фтора в питьевой воде

?ПЯТНИСТАЯ ФОРМА ГИПОПЛАЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЭМАЛИ В ВИДЕ

- !+пятен с чёткими границами
- !пятен с нечёткими границами
- !бороздок
- !волнистой эмали

?НЕДОРАЗВИТИЕ ЭМАЛИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- !+бороздками, точечными углублениями
- !пятнами с нечёткими границами
- !пятнами с чёткими границами
- !отсутствием эмали

?ТЯЖЁЛАЯ СТЕПЕНЬ ГИПОПЛАЗИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- !+отсутствием эмали
- !пятнами с нечёткими границами
- !бороздками
- !пятнами с чёткими границами

?К ПРИЧИНАМ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

- !+травму зачатка постоянного зуба
- !генетические факторы
- !заболевания ребёнка после рождения
- !низкое содержание фтора в питьевой воде

?НЕДОСТАТОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЭМАЛИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- !+гипоплазии
- !эрозии
- !стирания
- !гипокальцификации

?ПЯТНО ПРИ ГИПОПЛАЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

!+как блестящее с чёткими границами
!как матовое с нечёткими границами
!тем, что окрашивается красителями
!тем, что выявляется на рентгенограмме

?БОЛЕЗНИ (РАХИТ, ТУБЕРКУЛЁЗ) МОГУТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ

!+гипоплазии
!сверхкомплектных зубов
!эрозии
!стирания

?БОЛЬ ПРИ ДЕЙСТВИИ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

!+аплазии
!бороздчатой гипоплазии
!гипопластического пятна
!лестничной гипоплазии

?ЗУБЫ ФУРНЬЕ (ОТВЕРТКООБРАЗНЫЕ КОРОНКИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ БЕЗ ПОЛУЛУННОЙ ВЫРЕЗКИ) ЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМОМ

!+системной гипоплазии
!местной гипоплазии
!флюороза
!стирания

?ПРИЧИНОЙ ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

!+высокое содержание фтора в питьевой воде
!заболевание ребёнка в первый год жизни
!заболевание матери в период беременности
!низкое содержание фтора в воде

?ШТРИХОВАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

!+небольшими меловидными полосками-штрихами
!хорошо выраженными меловидными пятнами без полосок
!хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
!наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с её отсутствием

?ПЯТНИСТАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

!+хорошо выраженными меловидными пятнами без полосок
!небольшими меловидными полосками-штрихами
!хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
!наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с её отсутствием

?МЕЛОВИДНО-КРАПЧАТАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

!+хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
!небольшими меловидными полосками-штрихами
!хорошо выраженными меловидными пятнами без полосок
!наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с её отсутствием

?ЭРОЗИВНАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

!+наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с её отсутствием
!небольшими меловидными полосками-штрихами
!хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
!хорошо выраженными меловидными пятнами без полосок

?ДЕСТРУКТИВНАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

!+изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания
!небольшими меловидными полосками-штрихами
!хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
!наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с её отсутствием

?ФОРМОЙ ФЛЮОРОЗА, ПРОТЕКАЮЩЕГО С ПОТЕРЕЙ ТКАНЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+эрозивная
!пятнистая
!штриховая
!меловидно-крапчатая

?ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ФЛЮОРОЗЕ ВОЗНИКАЮТ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ

!+амелобластов
!одонтобластов
!остеобластов
!цементобластов

?ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА ЭМАЛИ ПРИ ФЛЮОРОЗЕ СВЯЗАНО С

!+уменьшением плотности наружного слоя эмали
!увеличением плотности наружного слоя эмали
!стабильностью плотности наружного слоя эмали
!уменьшением плотности подповерхностного слоя эмали

?ПЯТНА ПРИ ФЛЮОРОЗЕ РАСПОЛОЖЕНЫ

!+на всей поверхности коронки зуба

- !на режущем крае
- !в пришеечной области
- !на контактных поверхностях

?НЕСОВЕРШЕННЫЙ АМЕЛОГЕНЕЗ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

- !+нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
- !порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
- !сращение, слияние и раздвоение зубов
- !эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде

?АПЛАЗИЯ ЭМАЛИ НА ГУБНОЙ ПОВЕРХНОСТИ КОРОНКИ ЗУБА С ГИПЕРЕСТЕЗИЕЙ ОТКРЫТЫХ УЧАСТКОВ ДЕНТИНА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ НЕПОЛНОЦЕННЫЙ АМЕЛОГЕНЕЗ

- !+гипокальцифицированный
- !гипомотурационный (несозревший)
- !гипопластический
- !комбинационный

?«ГИПСОВЫЕ» ЗУБЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОДИН ИЗ СИМПТОМОВ

- !+несовершенного амелогенеза
- !гипоплазии эмали
- !флюороза
- !несовершенного дентиногенеза

?ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ (СИНДРОМ СТЕЙНТОНА - КАПДЕПОНА) ПОРАЖЕНЫ

- !+все молочные и постоянные зубы
- !молочные и постоянные премоляры
- !молочные и постоянные моляры
- !молочные и постоянные резцы

?К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СИНДРОМА СТЕЙНТОНА - КАПДЕПОНА ОТНОСЯТ

- !+стираемость твёрдых тканей зуба без обнажения пульпы
- !кариозные полости
- !«рифлёные» зубы
- !«гипсовые» зубы

?НЕДОСТАТОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЭМАЛИ НАЗЫВАЮТ

- !+гипоплазией
- !эрозией
- !стиранием
- !кариесом

?КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

- !+дефект в форме клина у шеек зубов на щёчных и губных поверхностях
- !дефект твёрдых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
- !овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки
- !потерю блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта

?I СТЕПЕНЬ СТИРАНИЯ ЗУБОВ (ПО БРАККО) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ СТИРАНИЕ

- !+эмали режущих краёв и бугров
- !коронки до шейки зуба
- !полное бугров с обнажением дентина до 1/3 высоты коронки
- !коронки до эмалево-дентинной границы

?II СТЕПЕНЬ СТИРАНИЯ ЗУБОВ (ПО БРАККО) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ СТИРАНИЕ

- !+полное бугров с обнажением дентина до 2/3 высоты коронки
- !эмали режущих краёв и бугров;
- !коронки до шейки зуба;
- !коронки до эмалево-дентинной границы

?III СТЕПЕНЬ СТИРАНИЯ ЗУБОВ (ПО БРАККО) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

- !+полное бугров с обнажением дентина до 2/3 высоты коронки
- !эмали режущих краёв и бугров
- !коронки до шейки зуба
- !коронки до эмалево-дентинной границы

?КЛИНОВИДНЫЕ ДЕФЕКТЫ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ НА

- !+клыках и премолярах верхней и нижней челюсти
- !молярах нижней челюсти
- !молярах верхней и нижней челюсти
- !молярах верхней челюсти

?ИНТЕНСИВНАЯ УБЫЛЬ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ОДНОГО ЗУБА, ГРУППЫ ЗУБОВ ИЛИ ВСЕХ ЗУБОВ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

- !+патологическое стирание
- !гипопластический неполноценный амелогенез
- !гипоплазию
- !кариес

?КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭРОЗИИ ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

- !+овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки
- !дефект в форме клина у шеек зубов на щёчных и губных поверхностях

!дефект твёрдых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
!потерю блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта

?II СТЕПЕНЬ ЭРОЗИИ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

!+поражением всей эмали до дентино-эмалевого соединения
!поражением только поверхностных слоёв эмали
!поражением глубоких слоёв дентина
!убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающейся гиперестезией и образованием налёта на поражённой поверхности

?III СТЕПЕНЬ ЭРОЗИИ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

!+поражением поверхностных слоёв дентина
!поражением только поверхностных слоёв эмали
!поражением всей эмали до дентино-эмалевого соединения
!убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающейся гиперестезией и образованием налёта на поражённой поверхности

?АКТИВНАЯ СТАДИЯ ЭРОЗИИ ЗУБОВ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

!+убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налёта на поражённой поверхности
!поражение поверхностных слоёв эмали
!поражение всей эмали до дентино-эмалевого соединения
!убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налёта и гиперестезии

?СТАБИЛИЗИРОВАННАЯ СТАДИЯ ЭРОЗИИ ЗУБОВ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

!+убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налёта и гиперестезии
!поражение поверхностных слоёв эмали
!убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налёта на поражённой поверхности
!поражение всей эмали до дентино-эмалевого соединения

?ЭРОЗИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ НЕ ОБРАЗУЕТСЯ НА ПОВЕРХНОСТЯХ

!+резцов и моляров нижней челюсти
!клыков и премоляров нижней челюсти
!клыков и премоляров верхней челюсти
!центральных, боковых резцов верхней челюсти

?ВЫПАДЕНИЕ ЗУБА ИЗ ЕГО ЛУНКИ НАЗЫВАЮТ

!+полный вывих
!вколоченный вывих
!неполный вывих
!перелом корня

?ЧАСТИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ КОРНЯ ЗУБА ИЗ АЛЬВЕОЛЫ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

!+неполный вывих
!полный вывих
!вколоченный вывих
!перелом корня

?ЧАСТИЧНОЕ ИЛИ ПОЛНОЕ СМЕЩЕНИЕ ЗУБА ИЗ ЛУНКИ В СТОРОНУ ТЕЛА ЧЕЛЮСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

!+вколоченный вывих
!полный вывих
!неполный вывих
!перелом корня

?ЗОНДИРОВАНИЕ ДАЁТ ВОЗМОЖНОСТЬ

!+обнаружить кариозную полость
!определить состояние сосочков языка
!оценить состояние верхушечного периодонта
!выявить патологию прикуса

?БОЛЕЗНЕННОСТЬ ЗОНДИРОВАНИЯ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЩИМ СИМПТОМОМ ДЛЯ

!+кариеса дентина и гиперемии пульпы
!хронического язвенного пульпита и острого гнойного пульпита
!кариеса эмали и гипоплазии
!хронического гиперпластического пульпита и хронического периодонтита

?ГЛУБОКАЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ И ОТСУТСТВИЕ СООБЩЕНИЯ С ПОЛОСТЬЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ ОБЩИМ СИМПТОМОМ ДЛЯ

!+гиперемии пульпы и острого пульпита
!кариеса дентина и клиновидного дефекта
!хронического пульпита и хронического периодонтита
!кариеса эмали и гипоплазии

?РЕЦИДИВОМ КАРИЕСА НАЗЫВАЮТ

!+возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
!новые кариозные поражения рядом с пломбой в ранее леченом зубе
!средних размеров кариозную полость, заполненную пищевыми остатками, кариозным дентином
!обширную глубокую кариозную полость с большим количеством размягчённого дентина

?ЗОНДИРОВАНИЕ ГЛУБОКОЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ БОЛЕЗНЕННО

!+по дну
!по стенкам (эмалево-дентинное соединение)
!в пришеечной области

!по эмали

?ЗОНДИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ СРЕДНИХ РАЗМЕРОВ БОЛЕЗНЕННО В ОБЛАСТИ

!+стенок (эмалево-дентинное соединение)

!дна

!в пришеечной области

!эмали

?ЗОНДИРОВАНИЕ СТенок КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ БЕССИМПТОМНОМ ТЕЧЕНИИ КАРИЕСА

!+безболезненно

!болезненно

!слабо болезненно

!резко болезненно

?ОДНИМ ИЗ УСЛОВИЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА КОРНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

!+обнажение корней зубов

!повышение вязкости ротовой жидкости

!снижение вязкости ротовой жидкости

!наличие наследственных заболеваний

?ЛЕЙКОЦИТОЗ, УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ОТМЕЧАЮТ ПРИ

!+хроническом апикальном периодонтите (стадия обострения)

!хроническом пульпите (стадия обострения)

!кариесе

!хроническом периодонтите (ремиссия)

?ПОЯВЛЕНИЕ СВИЩА С ВЫДЕЛЕНИЕМ ГНОЙНОГО ЭКССУДАТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

!+периапикального абсцесса со свищом

!острого периодонтита

!хронического пульпита

!периапикального абсцесса без свища

?ОТСУТСТВИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

!+хронического апикального периодонтита

!острого периодонтита

!периапикального абсцесса без свища

!острого пульпита

?ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ ЗОНДИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ НАИБОЛЕЕ БОЛЕЗНЕННО

!+в проекции одного из рогов пульпы

!по всему дну

!по эмалево-дентинному соединению

!в пришеечной области

?ОБШИРНОЕ СООБЩЕНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ С ПОЛОСТЬЮ ЗУБА, ПРАКТИЧЕСКИ БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ КОРОНКОВОЙ ПУЛЬПЫ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ ПУЛЬПИТА

!+хронического язвенного

!хронического

!хронического гиперпластического

!острого гнойного

?СЛАБО БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ШИРОКО РАСКРЫТОЙ ПОЛОСТИ ЗУБА, КРОВОТОЧИВОСТЬ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ ПУЛЬПИТА

!+хронического гиперпластического

!хронического

!острого гнойного

!хронического язвенного

?БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ, ТОЧЕЧНОЕ ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПУЛЬПИТА

!+хронического

!острого гнойного

!острого

!хронического гипертрофического

?ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА (ЭОД) ТОЧНО ОЦЕНИВАЕТ СОСТОЯНИЕ

!+пульпы

!периодонта

!эмали

!дентина

?РЕНТГЕНОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

!+скрытые кариозные полости

!состояние пульпы зуба

!состояние слизистой оболочки рта

!состояние кровотока в зубах, челюстях, мягких тканях

?РЕНТГЕНОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

!+состояние периодонта зуба

!состав пломбировочного материала

!состояние слизистой оболочки рта

!состояние кровотока в зубах, челюстях, мягких тканях

?ДАННЫЕ ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКИ ПРИ КАРИЕСЕ ДЕНТИНА (СРЕДНЯЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ) СОСТАВЛЯЮТ (МКА)

!+2-6
!10-12
!25-30
!100

?ДЛЯ ТОЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА ДЕНТИНА ПРИ БЕССИМПТОМНОМ ТЕЧЕНИИ НЕОБХОДИМЫ

!+электроодонтодиагностика
!зондирование
!перкуссия
!рентгенография

?ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА (ЭОД) ПРИ ГЛУБОКОЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ СОСТАВЛЯЕТ (МКА)

!+10-12
!2-6
!25-30
!100

?ДЕТЕКТОР КАРИЕСА ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕНТИНА

!+кариозного
!вторичного
!иррегулярного
!третичного

?ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПУЛЬПИТЕ СОСТАВЛЯЕТ (МКА)

!+25-35
!10-12
!15-25
!2-6

?РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВСТРЕЧАЮТ У 30% БОЛЬНЫХ ПРИ ПУЛЬПИТЕ

!+хроническом
!остром гнойном
!остром
!хроническом язвенном

?РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВСТРЕЧАЮТ У 50% БОЛЬНЫХ ПРИ ПУЛЬПИТЕ

!+хроническом язвенном
!остром гнойном
!хроническом
!остром

?ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ СОСТАВЛЯЕТ (МКА)

!+40-60
!10-12
!20-30
!2-6

?ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ ПУЛЬПИТЕ СОСТАВЛЯЕТ (МКА)

!+40-90
!15-25
!30-60
!10-12

?ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА НЕОБХОДИМА

!+рентгенография
!реопародонтография
!электроодонтодиагностика (ЭОД)
!реоплетизмография

?ЛЕЙКОЦИТОЗ, УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ОТМЕЧАЮТ ПРИ

!+периапикальном абсцессе без свища
!хроническом пульпите
!кариесе
!остром пульпите

?РАСШИРЕНИЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ

!+хронического язвенного пульпита (50%)
!острого пульпита
!хронической апикальной гранулёмы
!кариеса

?РАСШИРЕНИЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ

!+хронического фиброзного пульпита (30%)
!острого пульпита
!хронической апикальной гранулёмы
!кариеса

?РАСШИРЕНИЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ

- !+гипертрофии периодонта в результате перегрузки
- !острого пульпита
- !хронической апикальной гранулёмы
- !кариеса

?МИКРООРГАНИЗМЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ ИЗО РТА, ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

- !+пародонтопатогенные анаэробные микроорганизмы
- !аэробные бактерии
- !сапрофитную микрофлору
- !резидентную микрофлору

?ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ

- !+подвижность зуба, глубину пародонтального кармана, уровень резорбции альвеолярной кости
- !рецессию десны, глубину пародонтального кармана
- !потерю пародонтального прикрепления, подвижность зуба
- !концентрацию глюкозы в крови

?ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

- !+отсутствует
- !на 1/3 длины корня зуба
- !на 1/2 длины корня зуба
- !на 2/3 длины корня зуба

?ВЫРАЖЕННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- !+РМА
- !RHR
- !CSI
- !SPITN

?РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВОСПАЛЕНИЯ В ДЕСНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+кровоточивость при зондировании
- !деформация десневых сосочков
- !пародонтальный карман до 3 мм
- !пародонтальный карман 4 мм и более

?ПРОБА ШИЛЛЕРА - ПИСАРЕВА ОПРЕДЕЛЯЕТ

- !+воспаление десны
- !нарушение обмена глюкозы
- !состояние капилляров десны
- !уровень гигиены полости рта

?ФУРКАЦИОННЫЙ ДЕФЕКТ III КЛАССА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- !+сквозной дефект в области фуркации зуба, выявляемый при зондировании
- !отсутствие сквозного дефекта, но межкорневая кость частично утрачена
- !сквозной дефект межкорневой перегородки, не скрытый десной
- !фуркационный дефект, возможно горизонтальное погружение зонда в направлении межкорневой перегородки более чем на 2 мм

?ДВУХСТЕНОЧНЫЙ ДЕФЕКТ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ

- !+пародонтите
- !гингивите
- !рецессии десны
- !пародонтозе

?РАСЩЕЛИНЫ ШТИЛЬМАНА ЯВЛЯЮТСЯ ОДНОЙ ИЗ ФОРМ

- !+рецессии десны
- !гингивита
- !пародонтита
- !пародонтоза

?К РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ I КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ОТНОСИТСЯ РЕЦЕССИЯ

- !+в пределах прикреплённой десны, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
- !десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
- !десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов
- !десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков

?К РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ II КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ОТНОСИТСЯ РЕЦЕССИЯ

- !+десны в пределах подвижной слизистой, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
- !в пределах прикреплённой десны, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
- !десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов
- !десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков

?К РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ III КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ОТНОСИТСЯ РЕЦЕССИЯ

- !+десны в пределах подвижной слизистой, межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачена
- !десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует

!в пределах прикреплённой десны, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует

!десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков

?К РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ IV КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ОТНОСИТСЯ РЕЦЕССИЯ

!+десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков

!в пределах прикреплённой десны, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует

!десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов

!десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует

?ОСТРОТА ПАРОДОНТАЛЬНОГО ИНСТРУМЕНТА ПРОВЕРЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

!+пластмассовой палочки

!листка бумаги

!деревянного бруска

!металлического бруска

?НАЛИЧИЕ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО

!+погружению зонда на глубину 3 мм и более

!обнажению поверхности корня зуба

!погружению зонда на глубину менее 3 мм

!пальпаторно

?НАЛИЧИЕ ЛОЖНОГО ДЕСНЕВОГО КАРМАНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

!+гипертрофического гингивита

!катарального гингивита

!язвенно-некротического гингивита

!пародонтита

?ПУГОВЧАТЫЙ ЗОНД ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

!+определения глубины и рельефа пародонтального кармана

!зондирования кариозных полостей

!изменения величины рецессии

!обнаружения поддесневых зубных отложений

?В СОСТАВ ЗУБНОЙ БЛЯШКИ ВХОДЯТ КОМПОНЕНТЫ

!+слизны, бактерии и продукты их жизнедеятельности, остатки пищи и клеток бактерий

!микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности

!эпителиальных клеток и компонентов крови

!протеинов слюны

?К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ДЕСНЕ ОТНОСЯТ

!+гиперемию, отёчность, кровоточивость

!ишемию десневого края

!множественную рецессию десны

!гиперемию, гноетечение

?ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ОБЪЁМЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ДЛЯ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ

!+синуслифтинг

!гингивэктомия

!вестибулопластика

!удаления зуба

?В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОСТИТА ВХОДИТ

!+физиотерапия

!криотерапия

!химиотерапия

!электрокоагуляция

?ПОКАЗАНИЕМ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+отсутствие одного или нескольких зубов

!хронический генерализованный пародонтит

!разрушение коронковой части зуба

!одонтогенная киста челюсти

?ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ОБЪЁМЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ДЛЯ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ

!+костная пластика

!гингивэктомия

!синуслифтинг

!вестибулопластика

?ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА

!+улучшается

!стабилизируется

!ухудшается

!не меняется

?В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВХОДИТ ТЕРАПИЯ

!+десенсибилизирующая

!седативная

!мануальная

!гипотензивная

?ОПЕРАЦИЯ СИНУСЛИФТИНГ ПРОВОДИТСЯ ДОСТУПОМ

!+внутриротовым

!наружным

!через нижний носовой ход

!через средний носовой ход

?ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ ИЗ

!+титана

!стали

!меди

!золота

?ВТОРОЙ ЭТАП ПРИ ДВУХЭТАПНОЙ МЕТОДИКЕ ИМПЛАНТАЦИИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

!+установку формирователя десны

!установку временной коронки на имплантат

!установку абатмента

!снятие оттиска

?УСТАНОВКА ИМПЛАНТАТА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА МИНИМУМ ЧЕРЕЗ (МЕС.)

!+3

!6

!8

!12

?УСТАНОВКА ИМПЛАНТАТА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА МИНИМУМ ЧЕРЕЗ (МЕС.)

!+6

!8

!12

!3

?НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ПО СОВРЕМЕННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМИ ВИДОМ ИНТЕГРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА В КОСТНУЮ ТКАНЬ ЯВЛЯЕТСЯ

!+остеоинтеграция

!фиброостеоинтеграция

!фиброинтеграция

!пролиферация

?ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ ИМПЛАНТАТОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.)

!+6

!8

!12

!3

?С ПОМОЩЬЮ ПЛАСТИНКИ ХИНЦА ВОЗМОЖНО

!+устранение вредных привычек

!ретенция результатов после ортодонтического лечения

!сохранение места в зубном ряду после раннего удаления временных зубов

!углубление преддверия полости рта

?ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКИ ПРИКУСЫВАНИЯ НИЖНЕЙ ГУБЫ ПРИМЕНЯЮТ

!+вестибулярную пластинку

!моноблок Андресена - Гойпля

!пластинку Рейхенбаха - Брюкля

!аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии

?ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПОЗВОЛЯЕТ

!+устранить вредные привычки

!переместить боковые зубы дистально

!изменить наклон моляров

!предупредить смещение моляров дистально

?ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПОЗВОЛЯЕТ

!+предупредить прокладывание языка между зубами

!переместить боковые зубы дистально

!изменить наклон моляров

!предупредить смещение моляров мезиально

?УСТРАНИТЬ ВРЕДНУЮ ПРИВЫЧКУ СОСАНИЯ ПАЛЬЦА МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

!+вестибулярной пластинки Хинца

!пластинки с протрагирующими пружинами

!аппарата Брюкля

!регулятора функции Френкеля

?ПРЕДУПРЕДИТЬ ПРОКЛАДЫВАНИЕ ЯЗЫКА МЕЖДУ ЗУБАМИ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

!+вестибулярной пластинки Хинца
!пластинки с протрагирующими пружинами
!аппарата Брюкля
!регулятора функции Френкеля

?ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА С НАКЛОННОЙ ПЛОСКОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ
!+лечебно-профилактическим
!ретенционным
!профилактическим
!капповым

?ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА С ЗАСЛОНКОЙ ДЛЯ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ
!+лечебно-профилактическим
!профилактическим
!ретенционным
!капповым

?К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ОТНОСЯТ
!+устранение вредных привычек, нормализацию функции дыхания и глотания
!расширение зубных рядов
!смещение нижней челюсти вперед
!устранение диастемы

?ЗАТРУДНЁННОЕ НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ
!+сужения верхнего зубного ряда
!адентии
!ретенции зубов
!лингвоокклюзии

?ИНФАНТИЛЬНОЕ ГЛОТАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ
!+вертикальной резцовой дизокклюзии
!макроглоссии
!множественного кариеса
!дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

?ОПЕРАЦИЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ НЕОБХОДИМА ДЛЯ
!+нормализации положения 11 и 21
!нормализации роста апикального базиса нижней челюсти
!устранения инфантильного глотания
!нормализации артикуляции языка

?ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ ПЛАСТИНКИ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)
!+3-6
!до 1
!12-14
!14-18

?ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ БУГРОВ МОЛОЧНЫХ КЛЫКОВ ПРОИЗВОДИТСЯ ДЛЯ
!+профилактики аномалий окклюзии
!эстетического эффекта
!стимуляции прорезывания постоянных зубов
!профилактики ретенции зубов

?УКОРОЧЕННАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ
!+уплощения переднего участка нижнего зубного ряда
!задержки прорезывания постоянных зубов
!сужения верхнего зубного ряда
!лингвоокклюзии

?УКОРОЧЕННАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ
!+нарушения глотания
!задержки прорезывания постоянных зубов
!сужения верхнего зубного ряда
!лингвоокклюзии

?НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКОГО МИОТРЕЙНЕРА В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)
!+5-7
!10-18
!18-25
!0-3

?К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКИХ МИОТРЕЙНЕРОВ ОТНОСЯТ
!+функциональные нарушения
!адентию
!макродентию
!задержку прорезывания зубов

?ЧАСТИЧНЫЙ СЪЁМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ
!+дефицита места в зубном ряду для постоянного зуба

!мезиальной окклюзии
!вертикальной резцовой дизокклюзии
!дистальной окклюзии

?ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА С НАКЛОННОЙ ПЛОСКОСТЬЮ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ
!+протрузии верхних резцов
!ретрузии резцов верхнего зубного ряда
!мезиальной окклюзии
!ретрузии нижних и верхних резцов

?ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА С УПОРОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АНОМАЛИИ
!+вертикальной резцовой дизокклюзии
!дистальной окклюзии
!мезиальной окклюзии
!трансверсальной резцовой окклюзии

?ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПРЕДУПРЕЖДАЕТ
!+прокладывание языка между зубными рядами
!смещение нижней челюсти вперёд
!смещение нижней челюсти назад
!адентию

?ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 5 ЛЕТ ПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
!+преортодонтического миотрейнера
!капп
!нёбного бюгеля
!квадхеликса

?СОСКУ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДО (ЛЕТ)
!+1
!3
!4
!5

?ПРОФИЛАКТИКА ПРИВЫЧКИ ПРОКЛАДЫВАНИЯ ЯЗЫКА МЕЖДУ РЕЗЦАМИ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОЗМОЖНА С ПОМОЩЬЮ
!+преортодонтического миотрейнера
!нёбного бюгеля
!аппарата Pendulum
!пластинки с накусочной площадкой

?ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДО (ЛЕТ)
!+5
!3
!4
!1

?С ПОМОЩЬЮ ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКОГО ТРЕЙНЕРА ВОЗМОЖНО
!+устранение вредных привычек и расширение зубных рядов
!ретенция результатов после ортодонтического лечения
!сохранение места в зубном ряду после раннего удаления временных зубов
!углубление преддверия полости рта

?ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ И НОРМАЛИЗАЦИИ ОККЛЮЗИИ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 5 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТ
!+преортодонтический миотрейнер
!моноблок Андресена - Гойпля
!пластинку Рейхенбаха - Брюкля
!аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии

?ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ НУЖДАЮТСЯ В
!+профилактических и лечебных мероприятиях
!лечебных мероприятиях
!хирургическом лечении
!наблюдении

?ПЛАСТИНКА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С УПОРОМ ДЛЯ ЯЗЫКА ПОКАЗАНА ДЛЯ
!+предупреждения прокладывания языка между зубами
!перемещения боковых зубов дистально
!изменения наклона моляров
!предупреждения смещения моляров мезиально

?УСТРАНИТЬ ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ И СМЕСТИТЬ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ
!+вестибулярной пластинки Хинца с наклонной плоскостью
!пластинки с протрагирующими пружинами
!аппарата Брюкля
!регулятора функции Френкеля

?ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКИЙ МИОТРЕЙНЕР ПОКАЗАН ПРИ
!+протрузии резцов и недоразвитии нижней челюсти
!недоразвитии верхней челюсти

!мезиальной окклюзии

!ретрузии резцов верхней челюсти

?ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКИЙ МИОТРЕЙНЕР ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ

!+лечебно-профилактическим

!ретенционным

!профилактическим

!капповым

?ЧАСТИЧНЫЙ СЪЕМНЫЙ ПРОТЕЗ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

!+дефицита места в зубном ряду для постоянного зуба

!мезиальной окклюзии

!вертикальной резцовой дизокклюзии

!дистальной окклюзии

?С ЦЕЛЬЮ СОХРАНЕНИЯ МЕСТА В ЗУБНОМ РЯДУ ПОСЛЕ РАННЕГО УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

!+профилактический пластиночный протез с искусственными зубами

!мостовидный протез

!регулятор функций Френкеля

!аппарат Персина

?ДЛЯ ТРЕНИРОВКИ МЫШЦ И НОРМАЛИЗАЦИИ ФУНКЦИИ ЯЗЫКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

!+пластинка Хинца с бусиной

!аппарат Андресена - Гойпля

!пластинка с накусочной площадкой

!расширяющая пластинка

?ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА НУЖДАЕТСЯ В

!+консультации невролога

!лечебных мероприятиях

!хирургическом лечении

!наблюдении

?ПРИВЫЧКА ПРОКЛАДЫВАНИЯ ЯЗЫКА МЕЖДУ ЗУБАМИ НУЖДАЕТСЯ В

!+профилактических мероприятиях

!лечебных мероприятиях

!хирургическом лечении

!наблюдении

?ПРИВЫЧКА ПРИКУСЫВАНИЯ НИЖНЕЙ ГУБЫ НУЖДАЕТСЯ В

!+профилактических мероприятиях

!лечебных мероприятиях

!хирургическом лечении

!наблюдении

?ФУНКЦИЮ ГЛОТАНИЯ МОЖНО НОРМАЛИЗОВАТЬ

!+лечебной гимнастикой круговой мышцы рта и нормализацией положения языка в акте глотания

!пластикой уздечки верхней губы

!удалением зубов по методу Хотца

!пластикой уздечки нижней губы

?ПРОФИЛАКТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ВКЛЮЧАЕТ

!+устранение вредных привычек, нормализацию функции глотания

!гигиену полости рта

!рациональное питание

!только санацию полости рта

?НЁБНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ

!+палатоокклюзии

!дистальной окклюзии

!глубокой резцовой окклюзии

!трансверсальной резцовой окклюзии

?ВЕСТИБУЛООККЛЮЗИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ

!+щёчное

!нёбное

!лингвальное

!язычное

?ЛИНГВООККЛЮЗИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ

!+язычное

!нёбное

!щёчное

!вестибулярное

?ПАЛАТИНООККЛЮЗИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ

!+нёбное

!лингвальное

!щёчное

!вестибулярное

?ОБМЕН МЕСТАМИ ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ

!+транспозиция
!супраположение
!вестибулярное
!инфраположение

?В НОРМЕ ПЕРВЫЕ МОЛЯРЫ ИМЕЮТ

!+по 2 антагониста
!по 1 антагонисту
!смыкание с клыками
!смыкание с боковыми резцами

?ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ЛИНГВАЛЬНО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

!+язычное
!инфраположение
!оральное
!вестибулярное

?ЩЁЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

!+вестибулярное
!инфраположение
!вестибулярное и супраположение
!оральное

?ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ ОТНОСИТЕЛЬНО ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

!+супра-, инфра-
!медиальное
!латеральное
!мезиальное

?ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА НЁВНО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

!+оральное
!мезиальное
!супраположение
!дистальное

?ПОЛОЖЕНИЕ 4.3 И 3.3 ВЫШЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

!+супраположение
!дистальное
!ретенция
!адентия

?ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ВЕРХНИЕ РЕЗЦЫ ПЕРЕКРЫВАЮТ НИЖНИЕ РЕЗЦЫ НА КОРОНКИ РЕЗЦОВ

!+1/3 высоты
!1/2 высоты
!2/3 высоты
!всю высоту

?СМЫКАНИЕ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ

!+I
!II 1 подклассу
!III
!II 2 подклассу

?АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В САГИТАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

!+сагитальную резцовую дизокклюзию
!лингвоокклюзию
!палатиноокклюзию
!трансверзальную резцовую окклюзию

?МЕЗИАЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ

!+положения
!формы
!количества
!структуры твёрдых тканей

?СООТНОШЕНИЕ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ПО 1 КЛАССУ ЭНГЛЯ СООТВЕТСТВУЕТ ОККЛЮЗИИ В БОКОВОМ ОТДЕЛЕ

!+физиологической
!мезиальной
!дистальной
!перекрёстной

?АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

!+вертикальная резцовая дизокклюзия
!дистальная
!мезиальная
!трансверсальная

?ОСНОВНОЙ ЖАЛОВОЙ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+кровотечение из носового хода на стороне поражения
- !нарушение смыкания зубных рядов
- !возникновение периодических приступов головокружения и тошноты
- !двоение в глазах при взгляде в сторону

?ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНЫЙ ЖЕЛОВОК ПОДЪЯЗЫЧНОГО ПРОСТРАНСТВА НАХОДИТСЯ

- !+в заднебоковом отделе подъязычной области
- !на уровне резцов нижней челюсти и кончика языка
- !между выводными протоками поднижнечелюстной слюнной железы
- !между корнем языка и крыловидно-нижнечелюстной складкой

?ОТКРЫТЫЙ ПРИКУС И СМЕЩЕНИЕ ПОДБОРОДКА К ПЕРЕДИ НАБЛЮДАЮТСЯ У БОЛЬНОГО ПРИ

- !+двустороннем вывихе височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
- !двустороннем переломе мышечкового отростка
- !одностороннем переломе мышечкового отростка
- !двустороннем переломе нижней челюсти в области премоляров

?ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ ЛЕ ФОР I ЯВЛЯЕТСЯ

- !+патологическая подвижность верхнечелюстных костей
- !носовое кровотечение
- !ограничение открывания рта
- !разрыв слизистой оболочки в области альвеолярного отростка

?ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРЕДРАКА ЯВЛЯЮТСЯ

- !+хроническая травма слизистой оболочки полости рта и вредные привычки
- !вторичная адентия и несостоятельные ортопедические конструкции
- !острые воспалительные процессы мягких тканей лица
- !острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

?ВЕРОЯТНОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ СУБПЕРИОСТАЛЬНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+обострившийся гранулирующий периодонтит
- !глубокий кариес
- !острый гнойный пульпит
- !хронический фиброзный периодонтит

?ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+несоблюдение правил асептики и антисептики во время анестезии
- !высокая доза сосудосуживающего препарата в карпуле
- !наличие Метилпарабена в карпуле местного анестетика
- !непереносимость местного анестетика

?ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ФИБРОМАТОЗА ДЁСЕН ЯВЛЯЕТСЯ

- !+наследственная предрасположенность
- !курение
- !бруксизм
- !избыточное содержание солей кальция в питьевой воде

?ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ КИСТА В СВОЕЙ ПОЛОСТИ СОДЕРЖИТ

- !+не полностью сформированный зуб
- !полностью сформированный зуб
- !верхушку или часть корня зуба
- !корни нескольких зубов

?ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ МАЛИГНИЗАЦИИ ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+однократная или хроническая травма
- !дефицит витамина «В» в организме
- !тяжёлая форма сахарного диабета
- !курение

?МАКРОПРЕПАРАТ (ИССЕЧЁННУЮ ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ ТКАНЬ) ФИКСИРУЮТ ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕГО ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАСТВОРЕ

- !+10% Формалина
- !70% Этилового спирта
- !5% Хлоргексидина
- !1% Формалина

?ЦИТОЛОГИЧЕСКИМ НАЗЫВАЮТ ИССЛЕДОВАНИЕ

- !+клеточного состава опухоли, полученного при пункции
- !небольшой опухоли
- !распространённости опухоли
- !участка ткани опухоли

?НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРЕЛОМ СКУЛОГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+компьютерная томограмма средней зоны лица
- !ортопантомограмма
- !рентгенограмма черепа в боковой проекции
- !рентгенограмма черепа в прямой проекции

?К ИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСИТСЯ

- !+цитологическое исследование кисты путём пункции
- !цитологическое исследование язвы языка путём отпечатка
- !ультразвуковое исследование опухоли
- !компьютерная томография

?ПУНКЦИОННУЮ БИОПСИЮ ПРОВОДЯТ

- !+при глубоком залегании опухоли
- !при поверхностном расположении опухоли
- !при распаде опухоли
- !в случае риска возникновения кровотечения из опухоли

?К ОРГАНСПЕЦИФИЧЕСКИМ НОВООБРАЗОВАНИЯМ ЧЕЛЮСТЕЙ ОТНОСЯТСЯ

- !+амелобластомы
- !гемангиомы челюстей
- !остеобластокластомы
- !фибромы

?КИСТЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ОТНОСЯТСЯ К

- !+опухолеподобным образованиям
- !опухолям
- !воспалительным заболеваниям
- !специфическим воспалительным заболеваниям

?ФИБРОЗНУЮ ГИПЕРПЛАЗИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ С

- !+эпулидом
- !травматической язвой
- !лейкоплакией
- !эпителиальной злокачественной опухолью

?ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ НАГНОИВШЕЙСЯ ОДОНТОГЕННОЙ КИСТЫ ПРОВОДЯТ С

- !+острым гнойным периоститом челюсти
- !острым гнойным лимфаденитом
- !обострением хронического пульпита
- !острым перикоронитом

?К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ ОТНОСИТСЯ ФОРМА ЛЕЙКОПЛАКИИ

- !+эрозивно-язвенная
- !Таппейнера
- !плоская
- !мягкая

?БАЗАЛИОМА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, КОТОРЫЙ ОТНОСЯТ К

- !+злокачественным новообразованиям
- !доброкачественным новообразованиям
- !опухолеподобным заболеваниям
- !предраковым заболеваниям

?ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮЩАЯСЯ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

- !+тело нижней челюсти
- !мышечковый отросток
- !венечный отросток
- !ветвь нижней челюсти

?ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ ДУГИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+западение в области скуловой дуги
- !деформация носа
- !ограничение боковых движений нижней челюсти
- !нарушение кожной чувствительности в подглазничной области

?ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ НОСОВОГО ХОДА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+повреждение стенок верхнечелюстного синуса с разрывом слизистой
- !травма слизистой носового хода
- !повышение внутричерепного давления в результате травмы
- !повреждение лицевой артерии

?В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ БОЛЬ

- !+постоянная в причинном зубе, соседних зубах и челюсти
- !пароксизмальная
- !кинжальная в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
- !приступообразная в причинном зубе, соседних зубах и челюсти

?В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ ПОДВИЖНОСТЬ

- !+причинного и соседних зубов
- !резцов, клыков, премоляров и моляров
- !в пределах половины челюсти
- !только причинного зуба

?НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КОЖИ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ, БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ НОСА, ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

!+подглазничного нерва

!мягких тканей

!лицевого нерва

!третьей ветви тройничного нерва

?НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ

!+увеличена

!уплощена

!уменьшена

!смещена

?ПРИЗНАК «ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПРОСТРАНСТВА

!+субмассетериального

!поднижнечелюстного

!подподбородочного

!окологлоточного

?ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА

!+болезненную припухлость в поднижнечелюстной области

!затруднённое открывание рта

!боль в области нижней челюсти

!боль при глотании

?НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЛИНИИ ПЕРЕЛОМА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

!+угол челюсти

!венечный отросток

!подбородочный отдел

!ветвь в продольном направлении

?К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОСЛЕ ОТКРЫТОГО ДВУСТОРОННЕГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

!+кровоотечение из щелей перелома челюсти

!анкилоз височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)

!ложный сустав

!нагноение костной раны

?ВЕНЫ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ АНАСТОМОЗИРУЮТ С ВЕНАМИ

!+верхней и нижней глазницы

!верхнего зубного сплетения

!подвисочной ямки

!полости носа

?ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННОГО АБСЦЕССА

!+крыловидно-нижнечелюстное пространство

!поднижнечелюстной треугольник

!окологлоточное пространство

!подглазничная область

?ПРИ ОДИНОЧНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В БОКОВОМ ОТДЕЛЕ НАБЛЮДАЕТСЯ СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ

!+большого - вниз и в сторону перелома, малого - кверху, кпереди и вовнутрь

!большого - вниз и кнаружи, малого - кверху, кзади и вовнутрь

!большого - вверх и в сторону, малого - вниз, кпереди и вовнутрь

!большого - вниз и в сторону перелома, малого - вниз, кзади и кнаружи

?ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СУБОРБИТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ В НАПРАВЛЕНИИ

!+книзу и кзади

!кверху и вперёд

!медиально и вперёд

!латерально и кверху

?ДЛЯ ДВУХСТОРОННИХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ТЕЛА, УГЛОВ, ВЕТВИ И МЫШЕЛКОВЫХ ОТРОСТКОВ ХАРАКТЕРНО СМЕЩЕНИЕ СРЕДНЕГО ОТЛОМКА В НАПРАВЛЕНИИ

!+вниз и кзади

!вниз и кпереди

!вверх и кзади

!вверх и кпереди

?НАЗАЛЬНАЯ ЛИКВОРЕЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ ЛЕ ФОР III ОБУСЛОВЛЕНА СООБЩЕНИЕМ С

!+передней черепной ямкой

!переломом пирамиды височной кости

!средней черепной ямкой

!задней черепной ямкой

?ДЛЯ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ХАРАКТЕРНА КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА

!+боль в причинном зубе, увеличение регионарных лимфатических узлов, отёк мягких тканей лица, сглаженность переходной складки, гиперемия слизистой оболочки на уровне причинного зуба

!безболезненная деформация тела нижней челюсти, при пальпации определяются плотные, безболезненные участки

!наличие секвестров на рентгенограмме и свищей в полости рта

!цианотичность кожи на стороне поражения, множественные свищевые ходы

?ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ ЛЕ ФОР I (НИЖНИЙ ТИП ПЕРЕЛОМА) ПРОХОДИТ

!+от основания грушевидной вырезки, через основание альвеолярной части и бугра верхней челюсти к вершине крыловидных отростков
!в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и нижнеглазничный край, в области скуло-верхнечелюстного шва
!в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и наружный край орбиты в области скуло-лобного шва
!от резцового возвышения кзади, через твёрдое и мягкое небо

?НАЛИЧИЕ У ПОСТРАДАВШЕГО СИМПТОМА «ЛИЦА ПАНДЫ» (ОТЁКА СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА В СОЧЕТАНИИ С КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ В ПАРАОРБИТАЛЬНУЮ КЛЕТЧАТКУ С ОБЕИХ СТОРОН) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

!+перелома верхней челюсти
!перелома скулоорбитального комплекса
!изолированного перелома костей дна орбиты «взрывного типа»
!двустороннего повреждения височно-нижнечелюстных суставов

?ОПУХОЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ

!+пролиферацией собственных клеток организма
!некрозом тканей поражённого органа
!секвестрацией костной ткани
!образованием гнойных метастазов

?РАК ЯВЛЯЕТСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ, ПРОИСХОДЯЩЕЙ ИЗ ТКАНИ

!+эпителиальной
!фиброзной
!костной
!жировой

?МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ КЛЕТОК ОПУХОЛИ

!+с током лимфы и венозной крови
!путём прорастания капсулы
!по ходу мышечных волокон
!по ходу нервных стволов

?ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРНО

!+наличие соединительнотканной капсулы
!инфильтративный рост
!наличие демаркационного вала
!быстрое распространение патологического процесса

?СПОСОБНОСТЬ К РАСПРОСТРАНЕНИЮ ПОСРЕДСТВОМ ИМПЛАНТАЦИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

!+злокачественных опухолей
!опухолеподобных заболеваний
!доброкачественных опухолей
!любых опухолей

?ЧЕМ ВЫШЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК, ТЕМ ОПУХОЛЬ

!+медленнее растёт
!быстрее растёт
!быстрее метастазирует
!медленнее изъязвляется

?В ОСТРОЙ СТАДИИ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

!+хронические одонтогенные очаги инфекции
!секвестры
!очаги рентгенопрозрачности различного размера
!очаги остеосклероза

?СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СУБОРБИТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ

!+книзу и кзади
!кверху и вперёд
!медиально и вперёд
!латерально и кверху

?ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ УГЛА СМЕЩЕНИЕ ФРАГМЕНТОВ ПРОИСХОДИТ

!+медиально и вперёд
!кверху и вперёд
!книзу и кзади
!латерально и кверху

?СМЕЩЕНИЕ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ДВУХСТОРОННИМ ПЕРЕЛОМЕ В ОБЛАСТИ УГЛОВ ПРОИСХОДИТ

!+книзу и кзади
!кверху и вперёд
!медиально и вперёд
!латерально и кверху

?СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ НА

!+крючок крыловидного отростка снизу вверх
!подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
!подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
!скуловые кости снизу вверх

?СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ НА

!+подбородок при полуоткрытом рте спереди назад
!подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
!скуловые кости снизу вверх
!давлением на крючок крыловидного отростка спереди назад

?ОСОБЕННОСТИ ОЖОГОВ ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В

!+неравномерном поражении кожи лица
!значительной аутоинтоксикации
!течении раневого процесса
!быстром развитии гнойно-септических осложнений

?УДЛИНЕНИЕ И УПЛОЩЕНИЕ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПЕРЕЛОМЕ

!+суббазальном верхней челюсти
!нижней челюсти
!суборбитальном верхней челюсти
!альвеолярного отростка верхней челюсти

?ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+нарушение смыкания зубов с противоположной стороны от перелома
!кровотечение из носа
!разрыв слизистой альвеолярного отростка

?ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ КЛЫКОВ СМЕЩЕНИЕ ФРАГМЕНТА ПРОИСХОДИТ

!+книзу
!кверху
!медиально
!латерально

?К ПОЗДНЕМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ, КОСТЕЙ НОСА И СКУЛОВОЙ ДУГИ ОТНОСЯТ

!+вторичные деформации лицевого скелета
!гипосаливацию
!нарушение смыкания зубов
!парез ветвей лицевого нерва

?ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

!+травматический остеомиелит
!асфиксия
!травматический шок
!потеря сознания

?ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПЕРЕЛОМОВ ЛАТЕРАЛЬНОГО ОТДЕЛА СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

!+диплопия
!нарушение смыкания зубов
!асфиксия
!потеря сознания

?ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВНУТРИСУСТАВНОГО ПЕРЕЛОМА МЫШЕЛКОВОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
!дислокационная асфиксия
!регионарный лимфаденит
!потеря сознания

?ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+ложный сустав
!дислокационная асфиксия
!макрогнатия
!микрогнатия

?ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

!+травматический верхнечелюстной синусит
!асфиксия
!дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
!тромбофлебит вен лица

?ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ В ТЕЧЕНИИ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+очаговое нарушение костеобразования
!острый пульпит
!перелом челюсти
!рецидив кисты

?ОСТРЫЙ АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

!+острым отитом
!острым верхнечелюстным синуситом
!околоушным гипергидрозом
!переломом верхней челюсти

?ОСТРЫЙ АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

!+флегмоной околоушно-жевательной области
!острым верхнечелюстным синуситом

!околоушным гипергидрозом
!переломом верхней челюсти

?ОСТРЫЙ АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
!+контрактурой жевательных мышц
!остеомиелитом
!пульпитом
!переломом тела челюсти

?ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТЕОАРТРОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С
!+фиброзным анкилозом
!острым сиалоаденитом околоушной слюнной железы
!острым специфическим артритом
!внутрисуставным переломом головки нижней челюсти

?ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТЕОАРТРОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С
!+хроническим артритом
!полным передним вывихом височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
!внутрисуставным переломом головки нижней челюсти
!острым сиалоаденитом околоушной слюнной железы

?К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ОТНОСИТСЯ
!+томография ВНЧС
!миография
!аудиометрия
!биохимия крови

?ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ
!+компьютерная томография
!миография
!аудиометрия
!биохимия крови

?К ВИДАМ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ
!+передний
!средний
!наружный
!прямой

?К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЯМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ОТНОСИТСЯ
!+туберкулёз
!Болезнь Дауна
!Болезнь Менкельсона-Розенталя
!Болезнь Бехтерева

?ФОРМОЙ АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ЯВЛЯЕТСЯ
!+фиброзный
!гнойный
!слипчивый
!катаральный

?ФОРМОЙ АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ЯВЛЯЕТСЯ
!+костный
!гнойный
!слипчивый
!катаральный

?ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ЯВЛЯЕТСЯ
!+тугоподвижность в суставе, выраженная по утрам
!шум в ушах
!нарушение глотания
!множественный кариес

?ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
!+патологическая подвижность верхнечелюстных костей
!головная боль
!носовое кровотечение
!патологическая подвижность нижней челюсти

?ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
!+патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти
!носовое кровотечение
!головная боль
!патологическая подвижность верхнечелюстных костей

?СИНОНИМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ЛЕ-ФОР I ЯВЛЯЕТСЯ
!+отрыв альвеолярного отростка
!суборбитальный
!суббазальный

!отрыв альвеолярной части

?СИНОНИМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ЛЕ-ФОР II ЯВЛЯЕТСЯ

!+суборбитальный

!суббазальный

!отрыв альвеолярного отростка

!отрыв альвеолярной части

?СИНОНИМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ЛЕ-ФОР III ЯВЛЯЕТСЯ

!+суббазальный

!суборбитальный

!отрыв альвеолярного отростка

!отрыв альвеолярной части

?ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, КАК ПРАВИЛО, ПРОИСХОДИТ ПРИ

!+суббазальном переломе верхней челюсти

!отрыве альвеолярного отростка

!суборбитальном переломе верхней челюсти

!отрыве альвеолярной части нижней челюсти

?НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ, КАК ПРАВИЛО, ПРОИСХОДИТ ПРИ

!+суббазальном переломе верхней челюсти

!отрыве альвеолярного отростка

!суборбитальном переломе верхней челюсти

!отрыве альвеолярной части нижней челюсти

?ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

!+ликворея

!кровотечение из носа

!патологическая подвижность нижней челюсти

!патологическая подвижность верхней челюсти

?К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА ОТНОСЯТСЯ

!+патологическая подвижность костей носа, деформация

!подкожная эмфизема, кровотечение

!затруднение носового дыхания, гематома

!деформация носа, гематома

?К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСЯТ

!+уплощение скуловой области, диплопия

!гематому скуловой области

!кровоизлияние в нижнее веко

!кровотечение из носа, головокружение

?ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+«симптом ступени»

!деформация носа

!гематома скуловой области

!кровоизлияние в нижнее веко

?ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕНИЯ ОТКРЫВАНИЯ РТА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+смещение отломков

!гематома

!воспалительная реакция

!травма жевательных мышц

?ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИПЛОПИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+смещение глазного яблока

!воспалительная реакция

!травма глазного яблока

!травма зрительного нерва

?ПРИ ОЖОГЕ I СТЕПЕНИ ПОРАЖАЕТСЯ

!+поверхностный эпидермис

!кожа и подлежащие ткани

!все слои эпидермиса

!поверхностный эпидермис и капилляры

?ПРИ ОЖОГЕ II СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ

!+эпидермис и сосочковый слой дермы

!кожа и подлежащие ткани

!кожа и мышцы

!все слои эпидермиса

?ПРИ ОЖОГЕ III (A) СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ ПОРАЖЕНИЕ

!+эпидермиса и дермы с сохранением дериватов кожи

!кожи и подлежащих тканей

!поверхностного эпидермиса

!поверхностного эпидермиса и капилляров

?ПРИ ОЖОГЕ III (B) СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ ПОРАЖЕНИЕ

- !+эпидермиса и дермы, частично гиподермы
- !кожи и подлежащих тканей
- !поверхностного эпидермиса
- !поверхностного эпидермиса и капилляров

?ПРИ ОЖОГЕ IV СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ ПОРАЖЕНИЕ

- !+кожи и подлежащих тканей
- !поверхностного эпидермиса
- !поверхностного эпидермиса и капилляров
- !всех слоев эпидермиса с сохранением дериватов кожи

?АСФИКСИЮ ОТ ЗАКУПОРКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ТРУБКИ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ НАЗЫВАЮТ

- !+обтурационной
- !стенотической
- !клапанной
- !аспирационной

?АСФИКСИЮ ОТ СДАВЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ТРУБКИ НАЗЫВАЮТ

- !+стенотической
- !клапанной
- !обтурационной
- !аспирационной

?АСФИКСИЮ ОТ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ СМЕЩЁННЫМИ ПОВРЕЖДЁННЫМИ ОРГАНАМИ НАЗЫВАЮТ

- !+дислокационной
- !стенотической
- !обтурационной
- !аспирационной

?АСФИКСИЮ ОТ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СВЯЗИ С ВДЫХАНИЕМ ЖИДКОГО РАНЕВОГО СОДЕРЖИМОГО ИЛИ РВОТНЫХ МАСС НАЗЫВАЮТ

- !+аспирационной
- !стенотической
- !обтурационной
- !дислокационной

?АСФИКСИЮ ОТ ЧАСТИЧНОГО И ПЕРИОДИЧНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПОВРЕЖДЁННЫМИ ТКАНЯМИ С ЗАТРУДНЕНИЕМ ВДОХА ИЛИ ВЫДОХА НАЗЫВАЮТ

- !+клапанной
- !стенотической
- !обтурационной
- !аспирационной

?ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПАРАСТЕЗИЯ КРЫЛА НОСА И ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВА

- !+II ветви тройничного
- !I ветви тройничного
- !III ветви тройничного
- !лицевого

?СМЕЩЕНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ

- !+вниз
- !вверх
- !кпереди
- !кзади

?КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- !+деформации в области скуловой кости
- !уплотнения кожи
- !болей спастического характера
- !гиперемия кожи

?ОДНОСТОРОННЕЕ ПОРАЖЕНИЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- !+синдроме Гольденхара
- !тетраде Фалло
- !синдроме Пьера-Робина
- !врождённом черепно-ключичный дизостозе

?К УВЕЛИЧЕНИЮ ОБЪЁМА СКУЛОВОЙ КОСТИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

- !+саркома
- !травматическое поражение
- !радикулярная киста
- !капиллярная гемангиома

?ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+смещение костей носа
- !подкожная эмфизема
- !затруднение носового дыхания
- !гематома

?ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
- !артрит височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
- !нижняя макрогнатия
- !снижение высоты прикуса

?ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+снижение высоты суставного бугорка
- !артрит височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
- !нижняя макрогнатия
- !снижение высоты прикуса

?ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+невозможность сомкнуть зубы
- !слезотечение
- !снижение высоты прикуса
- !заложенность в ухе

?ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ АРТРИТА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

- !+стойкое ограничение подвижности нижней челюсти
- !шум в ушах
- !нарушение глотания
- !множественный кариес

?ПРИ РАЗВИТИИ АНКИЛОЗА ВНЧС В ДЕТСТВЕ ДЕФОРМАЦИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЯВЛЯЕТСЯ

- !+с началом интенсивного роста костей лица
- !спустя 6 месяцев от начала заболевания
- !спустя 12 месяцев от начала заболевания
- !после начала лечения

?ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ КОНТРАКТУРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+ограничение открывания рта
- !верхняя макрогнатия
- !снижение высоты прикуса
- !укорочение ветвей нижней челюсти

?СУСТАВНОЙ ШУМ ЯВЛЯЕТСЯ РАННИМ ПРИЗНАКОМ

- !+артроза
- !артрита
- !мастоидита
- !вывиха

?ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТАХ ПРОИСХОДИТ

- !+разволокнение и некроз хряща
- !набухание диска
- !увеличение синовиальной жидкости
- !растяжение капсулы

?К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА ВНЧС ОТНОСЯТ

- !+затруднение открывания рта, боль в суставе, усиливающаяся при движениях нижней челюсти
- !парез мимической мускулатуры
- !покраснение и припухлость в околоушно-жевательной области
- !невозможность открыть рот

?К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТЕОАРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ОТНОСЯТ

- !+ограничение открывания рта, девиацию, хруст в суставе
- !боль, припухлость
- !полное отсутствие движений в суставе
- !деформацию лица

?ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

- !+резкое ограничение подвижности нижней челюсти
- !нарушение глотания
- !множественный кариес
- !выраженный болевой симптом

?ВНЕШНИЙ ВИД БОЛЬНОГО С ДВУХСТОРОННИМ КОСТНЫМ АНКИЛОЗОМ ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- !+профилем «птичьего» лица
- !нижней макрогнатией
- !верхней микрогнатией
- !верхней ретрогнатией

?КЛАССИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ЛОСКУТ

- !+синий
- !красный
- !розовый
- !чёрный

?О НАЛИЧИИ ЛИКВОРЕИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ НОСА ИЛИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

!+положительный тест двойного пятна
!положительная реакция Вассермана
!симптом Малевича
!снижение количества альбуминов в крови

?МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРОВОДИМЫМ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В РЕЦИПИЕНТНОЙ И ДОНОРСКОЙ ОБЛАСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+ультразвуковая доплерография
!контрастная ангиография
!ортопантограмма
!сцинтиграфия

?К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ

!+рентгенография
!биопсия
!электроодонтодиагностика (ЭОД)
!радиоизотопное исследование

?КОНТРОЛЬ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА В ПЕРВЫЕ 3-5 СУТОК ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

!+доплерографии
!компьютерной томографии
!ангиографии
!сиалографии

?МОДЕЛИРОВАНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПО

!+стериолитографической модели
!панорамной рентгенограмме
!ортопантограмме
!обзорной рентгенограмме

?ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ МОДЕЛИРОВАНИЯ МАЛОБЕРЦОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРОВОДИТСЯ ПО

!+компьютерной томограмме
!ортопантограмме
!панорамной рентгенограмме
!боковой рентгенограмме нижней челюсти

?К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСИТСЯ

!+рентгенография
!биопсия
!электроодонтодиагностика (ЭОД)
!радиоизотопное исследование

?ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ВНУТРИКОСТНАЯ ГЕАНГИОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ

!+компьютерная томография
!цитологическое
!радиоизотопное
!биохимическое

?ДЕФОРМАЦИЯ КОСТНЫХ СУСТАВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ВНЧС НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

!+остеоартроза
!острого неспецифического артрита
!синдрома болевой дисфункции
!вывиха ВНЧС

?РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

!+сплошным костным конгломератом
!прерывистой суставной щелью
!чётко контурируемыми элементами суставных структур
!зоной склероза суставной головки

?К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТ

!+нарушение прикуса, боль, припухлость
!боль, сухость во рту, кровоподтёки
!резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
!общее недомогание, головная боль

?К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТ

!+нарушение прикуса, боль, припухлость
!боль, сухость во рту, кровоподтёки
!резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
!общее недомогание, головная боль

?СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ

!+уменьшена
!деформирована
!увеличена
!не изменена

?СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ

!+увеличена

- !уменьшена
- !деформирована
- !несимметрична

?СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ

- !+уплощена
- !уменьшена
- !увеличена
- !несимметрична

?РАСЧЁТЫ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО

- !+телерентгенограмме
- !ортопантограмме
- !панорамной рентгенограмме
- !компьютерной томограмме

?РАСЧЁТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ ПО ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОВОДИТ

- !+ортодонт
- !ортопед
- !терапевт
- !хирург

?РАСЧЁТ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО

- !+артикулятору и телерентгенограмме
- !ортопантограмме
- !компьютерной томограмме
- !панорамной рентгенограмме

?ПРИ ПЕРЕВЯЗКЕ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ТОПОГРАФИЧЕСКУЮ АНАТОМИЮ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА ШЕИ, КОТОРАЯ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ СТРОЕНИЕ

- !+снаружи располагается внутренняя яремная вена, кнутри от неё общая сонная артерия, далее - блуждающий нерв
- !снаружи располагается общая сонная артерия, кнутри от неё внутренняя яремная вена, далее - блуждающий нерв
- !снаружи располагается блуждающий нерв, кнутри от него внутренняя яремная вена, далее - общая сонная артерия
- !снаружи располагается блуждающий нерв, кнутри от него общая сонная артерия, далее - внутренняя яремная вена

?ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ДИСЛОКАЦИОННОЙ АСФИКСИИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- !+восстановления правильного анатомического положения органа
- !трахеотомии
- !удаления инородного тела
- !коникотомии

?ВИДОМ АСФИКСИИ, РАЗВИВШЕЙСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЗАКРЫТИЯ ПРОСВЕТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ МЯГКОТКАНЫМ ЛОСКУТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+клапанная
- !стенотическая
- !дислокационная
- !обтурационная

?ФОКУС ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ФЛЕГМОНАХ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- !+межмышечной клетчатке
- !надкостнице
- !коже
- !мышечной ткани

?ФУРУНКУЛ ЩЁЧНОЙ ОБЛАСТИ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ ТРОМБОФЛЕБИТОМ ВЕНЫ

- !+угловой
- !яремной
- !поверхностной височной
- !носолобной

?ПРИ ДВУСТОРОННЕМ МЕНТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УГРОЗА ДЛЯ ЖИЗНИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ

- !+дыхания
- !жевания
- !глотания
- !речи

?АБСЦЕСС ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОВКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В

- !+клетчаточные пространства дна полости рта
- !клетчаточное пространство поднижнечелюстного треугольника
- !толщу языка
- !зачелюстную ямку

?ТРОМБОФЛЕБИТ V. ANGULARIS ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ФУРУНКУЛА В ОБЛАСТИ

- !+верхней губы
- !нижней губы
- !височной
- !подбородка

?ВТОРИЧНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ПРОИСХОДИТ

- !+при распространении процесса из окологлоточного и крыловидно-нижнечелюстного пространства
- !от нижних зубов мудрости

!от верхних зубов мудрости

!при распространении воспалительного процесса из подвисочной и крылонёбной ямки

?ПРИ ИНДИЙСКОМ СПОСОБЕ РИНОПЛАСТИКИ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ БЕРУТ

!+со лба

!со щеки

!с шеи

!с плеча

?ФИКСАЦИЯ ОТЛОМКОВ ПО ДОНСКОМУ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В

!+области угла со смещением ветви

!пределах зубного ряда

!центральной отделе

!области альвеолярного отростка

?КСЕНОТРАНСПЛАНТАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ МАТЕРИАЛ, ВЗЯТЫЙ У

!животного

!близкого родственника

!самого пациента

!трупа

?ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

!+артропластике

!физиотерапии

!лечебной физкультуре

!редрессации

?СОГЛАСНО ОСНОВНОМУ ПРАВИЛУ ПЛАСТИКИ ПРИ РАБОТЕ НА МЯГКИХ ТКАНЯХ СЛЕДУЕТ

!исключить натяжение перемещённых тканей

!не ушивать рану наглухо

!не выполнять мобилизацию тканей

!минимизировать длину разреза

?ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СОСТОИТ ИЗ

!+кожи и подкожно-жировой клетчатки

!расщепленной кожи

!кожи и мышцы

!кожи, мышцы и кости

?СВОБОДНАЯ ПЕРЕСАДКА ЖИРОВОЙ ТКАНИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

!+контурной пластике

!замещении дефектов кожи

!миопластике

!хейлопластике

?ШИНА ПОРТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

!+при полном отсутствии зубов

!при частичной адентии

!с дефектом кости

!с переломом корней зубов

?ПРИ СИММЕТРИЧНОЙ НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИИ ОСТЕОТОМИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИЗВОДЯТ В ОБЛАСТИ

!+ветвей челюсти

!углов челюсти

!первых премоляров

!подбородка

?НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+повреждение нижеальвеолярной артерии

!слюнной свищ

!ишемия тканей операционной области

!парез маргинальной ветви лицевого нерва

?СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМАТОЗА ДЁСЕН ЯВЛЯЕТСЯ

!+иссечение поражённых участков

!диатермокоагуляция очагов поражения

!изготовление эластичной капы, завывшающей прикус

!закрытый кюретаж

?ОСТЕОСИНТЕЗ ПО МАКИЕНКО ПРОВОДИТСЯ

!+спицей

!минипластинами

!стальной проволокой

!бронзово-алюминиевой лигатурой

?ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ, ПОКАЗАННЫМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОСЛОЖНИВШЕМСЯ НАГНОБЕНИЕМ КОСТНОЙ РАНЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+внеочаговый остеосинтез

!трансоочаговый остеосинтез

!osteosинтез на костными конструкциями

!внутрикостный шов

?ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ШИНА

!+Порта

!Тигерштедта

!Ванкевич

!гладкая шина-скоба

?УДАЛЕНИЕ ПАПИЛЛЯРНЫХ РАЗРАСТАНИЙ (ОЧАГОВ ПАПИЛЛОМАТОЗА) НА ТВЁРДОМ НЕБЕ ПРОВОДЯТ ПРИ ПОМОЩИ

!+электрохирургической петли

!жидкого азота

!гелий-неонового лазера

!кровоостанавливающего зажима

?ПРИЧИННЫЙ ЗУБ ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

!+удаляют обязательно

!сохраняют обязательно

!шинируют

!депульпируют

?ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОДВИЖНЫЕ ИНТАКТНЫЕ ЗУБЫ В ОБЛАСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЛЕЖАТ

!+шинированию

!удалению

!депульпированию

!избирательному пришлифовыванию

?ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ СПОСОБСТВУЕТ

!+снижению сенсбилизации организма и повышению защитных сил

!восстановлению трофических нарушений в костной ткани

!уменьшению очага поражения и профилактике осложнений

!формированию секвестров в более ранние сроки

?ДРЕНИРОВАНИЕ АБСЦЕССА ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДИТСЯ

!+резиновыми полосками

!марлевыми полосками

!ватными тампонами

!бумажными салфетками

?ВСКРЫТИЕ КАПСУЛЫ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ СИАЛОДЕНИТЕ ПРОИЗВОДИТСЯ

!+только после появления очагов размягчения и флюктуации в области железы

!при развитии инфильтративных изменений в паренхиме железы

!после появления гнойного отделяемого из выводного протока железы

!при развитии прогрессирующей сухости во рту

?ОПЕРАТИВНЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ АБСЦЕССА КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗРЕЗ

!+слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складке

!параллельно внутренней поверхности нижней челюсти на уровне моляров

!со стороны кожи, окаймляющий угол нижней челюсти

!со стороны кожи в поднижнечелюстной области

?ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+остеосинтез по Макиенко

!метод Адамса

!дуга Энгля

!наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

?ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+лобно-челюстной остеосинтез

!метод Адамса

!дуга Энгля

?МИНИПЛАСТИНЫ К ОТЛОМКАМ ЧЕЛЮСТЕЙ ФИКСИРУЮТ

!+титановыми винтами

!спицей

!шурупами

!проволочной лигатурой

?РЕПОЗИЦИЯ КОСТЕЙ НОСА ПРИ ЗАПАДЕНИИ ОТЛОМКОВ ПРОИЗВОДИТСЯ

!+элеватором Волкова

!крючком Лимберга

!прямым элеватором

!носовым зеркалом

?ПОЗДНЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ СПУСТЯ

!+48 часов

!24 часа

!8-12 часов

!8 суток

?ВТОРИЧНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОБРАБОТКУ РАН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРОВОДЯТ ПРИ

!+медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса

!отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций

!эпителизации раны

!на 4-5 сутки

?ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

!+репозиция скуловой кости

!остеотомия верхней челюсти

!верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

!радикальная верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

?ОТСРОЧЕННОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

!лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица

!остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания

!первичной хирургической обработке раны

!временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

?ПЕРЕСАДКУ КОЖИ НА ОЖГОВУЮ РАНУ ПРОИЗВОДЯТ

!+после отторжения струпа и развития грануляций

!как можно раньше

!на 5 сутки после ожога

!с момента эпителизации

?МЕТОДОМ ПЛАСТИКИ ПО ЛИМБЕРГУ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ЛОСКУТОВ

!+встречных треугольных

!на питающей ножке

!на сосудистом анастомозе

!свободных кожных лоскутов

?МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ НОСИТ НАЗВАНИЕ МЕТОДИКИ

!+Лимберга

!Миларда

!Седилло

!Аббе

?ПРИ ПЕРЕМЕЩЕНИИ ВСТРЕЧНЫХ ТРЕУГОЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ ПРОИСХОДИТ

!+смена диагоналей

!смена шовного материала

!смена катетов

?НАИБОЛЕЕ МОБИЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПО ЛИМБЕРГУ ЯВЛЯЕТСЯ С УГЛОМ

!+меньший; острым

!меньший; тупым

!большой; тупым

!меньший; прямым

?МЕТОД УШИВАНИЯ ТКАНЕЙ НА СЕБЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

!+послойным ушиванием раны без мобилизации краёв

!мобилизацией краёв раны с фиксацией пластырем

!наложением только погружных швов

!наложением только разгружающих швов

?ОСНОВНЫМ ПРАВИЛОМ ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+отсутствие натяжения в краях раны

!недопустимость мобилизации тканей

!минимальная длина разреза

!хороший гемостаз

?ПРИРОСТ ТКАНЕЙ ПРИ РАВНОМЕРНЫХ УГЛАХ ФИГУР

!+происходит одинаково в обе стороны

!не происходит

!происходит равномерно в сторону больших углов

!происходит равномерно в сторону дополнительных разрезов

?ПРИРОСТ ТКАНЕЙ ПРИ НЕРАВНЫХ УГЛАХ ФИГУР ПРОИСХОДИТ У УГЛА

!+вершины большего

!основания большего

!вершины малого

!основания меньшего

?УБЫЛЬ ТКАНЕЙ ПРИ НЕРАВНЫХ УГЛАХ ФИГУР ПРОИСХОДИТ У УГЛА

!+основания меньшего

!основания большего

!вершины большего

!вершины малого

?ВИДОМ ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ, ПРИ КОТОРОМ ТКАНИ ПЕРЕНОСЯТ ИЗ ОТДАЛЁННОГО ОТ ДЕФЕКТА МЕСТА, ЯВЛЯЕТСЯ

!+пластика лоскутами на ножке

!мобилизация краёв раны
!пластика треугольными лоскутами
!пересадка свободной кожи

?ПРИ ИНДИЙСКОЙ РИНОПЛАСТИКЕ ЛОСКУТ НА НОЖКЕ ВЕРУТ С
!+лобной области
!шеи
!щёчной области
!губо-щёчной складки

?ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
!+обезболивание
!разрез
!определение показаний
!планирование вмешательства

?ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
!+планирование
!разрез
!обезболивание
!определение показаний

?МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИ ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНЕ НАЗЫВАЕТСЯ МЕТОДИКОЙ
!+Лимберга
!Лексера
!Седилло
!Крайля

?КОРРЕГИРУЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНЕ И УПЛОЩЕНИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРОВОДИТСЯ ПО МЕТОДИКЕ
!+Аббе
!Миларда
!Лапчинского
!Шимановского

?ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ПЛАСТИКИ ПРИ ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАНЕНИЕ
!+дефекта губы и деформации крыла носа
!рубцовой деформации
!искривления перегородки носа
!выворота крыла носа

?ПРИ ПЛАСТИКЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ФИКСАЦИЯ ЛОСКУТОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
!+узловым швом
!непрерывным швом
!гипсовой повязкой
!разгрузочными швами

?МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ ПО ЛАПЧИНСКОМУ ФОРМИРУЮТ ИЗ ТКАНЕЙ ОБЛАСТИ
!+подподбородочной
!теменной
!затылочной
!лобной

?МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ ЛЕКСЕРА ФОРМИРУЮТ ИЗ ТКАНЕЙ
!+теменной области
!затылочной области
!подподбородочной области
!лобной области

?МЕТОД ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА СКОЛЬЗЯЩИМ ЛОСКУТОМ БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН
!+Шимановским
!Рауэром
!Диффенбахом
!Лимбергом

?МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ДУБЛИРОВАННОГО ЛОСКУТА ПРЕДЛОЖЕН
!+Рауэром
!Брунсом
!Диффенбахом
!Лимбергом

?ДУБЛИРОВАННЫЙ ЛОСКУТ ПО РАУЭРУ ФОРМИРУЕТСЯ НА
!+плече и груди
!плече и животе
!грудь и животе
!грудь и шее

?ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТА БРОВЕЙ ЛОСКУТ НА НОЖКЕ ФОРМИРУЮТ
!+на волосистой части головы
!в заушной области

! в лобной области

! в области губо-щёчной складки

? СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ПО ПЕДЖЕТУ НАЗЫВАЕТСЯ

! + в три четверти толщины

! расщеплённым

! тонким дермоэпителиальным

! полнослойной кожей без клетчатки

? СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКОЙ КОЖИ НАЗЫВАЕТСЯ

! + пересадка кожного аутооттрансплантата

! перенос кожи стебельчатого лоскута

! перемещение кожного лоскута на ножке

! перемещение кожного лоскута на микроанастомозе

? СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ФИКСИРУЮТ НА РАНЕ

! + узловыми швами

! давящей повязкой

! узловыми швами и давящей повязкой

! парафиновой повязкой

? МАКСИМАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ СВОБОДНОГО КОСТНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА СОСТАВЛЯЮТ НЕ БОЛЕЕ (СМ)

! + 6

! 3

! 4

! 2

? ДЛЯ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

! + мышцы

! кость

! хрящ

! титановые минипластины

? ВТОРИЧНАЯ КОСТНАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕ ОСНОВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

! + 1-1,5 года

! 1-2 месяца

! 3-4 месяца

! 6-8 месяцев

? СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ОБУСЛОВЛЕННЫ

! + завершением образования костной мозоли

! завершением формирования рубцов

! завершением формирования сосудов

! восстановлением иннервации

? АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ

! + гребешка подвздошной кости

! костей стопы

! бедренной кости

! ключицы

? НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМИ ДОНОРСКИМ МЕСТОМ ДЛЯ СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ НА ЛИЦО ЯВЛЯЕТСЯ

! + внутренняя поверхность плеча

! передняя поверхность живота

! задняя поверхность шеи

! кожа предплечья

? СКУЛОВУЮ КОСТЬ ФИКСИРУЮТ

! + минипластинами

! винтами

! проволочной лигатурой

! брекетами

? ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ЕЁ РЕПОЗИЦИИ ЭЛЕВАТОРОМ КАРАПЕТЯНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

! + тампоном, пропитанным Йодоформом

! коллодийной повязкой

! пластмассовым вкладышем

! наружными швами

? ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СРЕДИННОЙ РАСЩЕЛИНЕ НОСА ПРОВОДИТСЯ НА ЧАСТИ НОСА

! + костно-хрящевой

! кожной

! хрящевой

! костной

? УСТРАНЕНИЕ СЕДЛОВИДНОГО НОСА ПРОВОДИТСЯ ПУТЁМ

! + введения хрящевого трансплантата

! сшивания четырёхугольных хрящей

! введения костного трансплантата

!сшивания крыльных хрящей

?ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАЗРЕЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОХОДИТ ОТ

!+1.6 до 2.6

!1.3 до 2.3

!1.4 до 2.4

!бугра до 4.5

?ОСТЕОТОМИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ ПО ФОР

!+I

!II и срединному шву

!III

!IV

?ОСТЕОТОМИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЁ СУЖЕНИИ ПРОВОДЯТ ПО ФОР

!+I и срединному шву

!II

!III

!I

?ПРИ ФРАГМЕНТАРНОЙ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УДАЛЯЮТ

!+1.5: 2.5

!1.3: 2.3

!1.2: 2.2

!3.5: 4.5

?ПРИ РЕТРО ПОЛОЖЕНИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ЕЁ ОСТЕОТОМИИ СМЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ

!+вперёд

!вверх

!назад

!вправо

?СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСОВ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

!+не удаляется

!удаляется частично в области дна

!удаляется полностью

!удаляется частично в области медиальной стенки носа

?ФИКСАЦИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ПРОВОДИТСЯ В ОБЛАСТИ

!+скулоальвеолярного гребня и грушевидного отверстия

!скулоальвеолярного гребня с двух сторон

!скулоальвеолярного гребня и бугров с двух сторон

!бугров

?ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПРЕДЕЛАХ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ ПРОВОДИТСЯ

!+частичная резекция верхней челюсти

!резекция верхней челюсти

!половинная резекция верхней челюсти

!химиотерапия

?ДОСТУП ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ЧАСТИЧНОЙ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ СПОСОБОМ

!+внутриротовым

!по Евдокимову

!по Рудько

!по Диффенбаху

?ОСТЕОТОМИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВНУТРИРОТОВЫМ СПОСОБОМ ПРОВОДИТСЯ ПО

!+Обвезгору

!Тигершедту

!Евдокимову

!Рудько

?АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЕРУТ ИЗ

!+малой берцовой кости

!бедренной кости

!точка стопы

!ключицы

?ОСНОВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВОЙ КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

!+рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов

!иссечении рубцов

!рассечении рубцов

!вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти

?К ОРТОПЕДИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ

!+наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

!остеосинтез

!аппарат Эбаржа

!дуга Энгля

?К ХИРУРГИЧЕСКО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ

- !+метод Адамса
- !остеосинтез
- !дуга Энгля
- !наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

?ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ШИНА

- !+Порта
- !Ванкевич
- !Тигерштедта
- !Збаржа

?МЕТОДОМ ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НОСА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+тампопада носовых ходов и наружная повязка из гипса или коллодия
- !пращевидная повязка
- !тампопада носовых ходов
- !остеосинтез

?ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЁ ПЕРЕЛОМЕ ПРИМЕНЯЮТ

- !+крючок Лимберга
- !распатор
- !зажим Кохера
- !крючок Фарабефа

?ДОСТУП ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЭЛЕВАТОРОМ КАРАПЕТЯНА ПРОВОДЯТ СПОСОБОМ

- !+внутриротовым
- !внеротовым
- !наружным
- !внутренним

?ПОСЛЕ РЕПОЗИЦИИ ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЁ ПЕРЕЛОМЕ СО СМЕЩЕНИЕМ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- !+тампоном, пропитанным Йодоформом
- !коллодийной повязкой
- !пластмассовым вкладышем
- !наружными швами

?РАННЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА ТРАВМЫ В ТЕЧЕНИЕ (ЧАС)

- !+24
- !8-12
- !48
- !72

?ОТСРОЧЕННАЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА ТРАВМЫ В ТЕЧЕНИЕ

- !+24-48 часов
- !8-12 часов
- !3 суток
- !8 суток

?ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ

- !+противостолбнячной сыворотки
- !антирабической сыворотки
- !стафилококкового анатоксина
- !гамма-глобулина

?ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПО ВОЗМОЖНОСТИ ДОЛЖНА БЫТЬ

- !+ранней и окончательной
- !частичной и ранней
- !своевременной и частичной
- !частичной и поздней

?ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ЕЁ РЕПОЗИЦИИ КРЮЧКОМ ЛИМБЕРГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- !+заклиниванием между отломками
- !наружными швами
- !пластмассовым вкладышем
- !тампоном, пропитанным Йодоформом

?СРОЧНОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- !+первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
- !лечении осложнений воспалительного характера
- !иммобилизации переломов костей лица
- !остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания

?ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ОЖОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- !+антисептическую обработку кожи вокруг ожога, удаление крупных пузырей и очищение загрязнения, мазевую повязку
- !антисептическую обработку кожи вокруг ожога
- !иссечение обожжённой кожи
- !наложение асептической повязки

?ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ОТЯГИВАНИЕ ЧЕЛЮСТИ

- !+книзу
- !в сторону
- !вверх
- !в сторону вывиха

?БОЛЬШИЕ ПАЛЬЦЫ РУК ВРАЧ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УСТАНАВЛИВАЕТ НА

- !+моляры справа и слева или альвеолярные отростки
- !углы нижней челюсти
- !фронтальную группу зубов
- !моляры верхней челюсти

?ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОКАЗАНО

- !+вправление головки в суставную впадину
- !проведение иммобилизации
- !проведение резекции суставного бугорка
- !прошивание суставной капсулы

?ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

- !+анатомической форме
- !восприятию со стороны окружающих
- !общему состоянию больного
- !адекватности восприятия лечения

?ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

- !+функции
- !восприятию со стороны окружающих
- !общему состоянию больного
- !адекватности восприятия лечения

?ШВЫ В ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СНИМАЮТСЯ НА (СУТ.)

- !+7-10
- !2-3
- !3-5
- !12-15

?ЛЕЧЕНИЕ КОНТРАКТУР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+комплексным
- !хирургическим
- !консервативным
- !физиотерапевтическим

?ЭКСТРЕННОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- !+остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
- !лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
- !первичной хирургической обработке раны
- !временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

?К ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ СТЕНОТИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ОТНОСИТСЯ

- !+трахеотомия
- !введение воздуховода
- !удаление инородного тела
- !восстановление анатомического положения органа

?К ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ ДИСЛОКАЦИОННОЙ АСФИКСИИ ОТНОСИТСЯ

- !+восстановление анатомического положения органа
- !введение воздуховода
- !удаление инородного тела
- !трахеотомия

?ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ЯЗЫК ПРОШИВАЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ

- !+горизонтально
- !под углом к средней линии
- !вертикально по средней линии
- !под углом к боковой поверхности языка

?ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ЯЗЫК ПРОШИВАЕТСЯ

- !+на границе задней и средней трети
- !в передней трети
- !по средней линии
- !у корня

?ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- !+общее обезболивание (наркоз)
- !местное обезболивание
- !нейролептаналгезия
- !комбинированное обезболивание

?ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

!+общее обезболивание (наркоз)

!комбинированное обезболивание

!местное обезболивание

!нейролептаналгезия

?ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

!+обезболивание по Дубову

!общее обезболивание (наркоз)

!нейролептаналгезия

!сочетанное обезболивание

?ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАРКОЗА ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+рефлекторная контрактура жевательных мышц

!привычный вывих

!выраженная гиперсаливация

!деформация ветви челюсти

?МЕТОДОМ ФИЗИОТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕННЫМ НА УСКОРЕНИЕ КОНСОЛИДАЦИИ ОТЛОМКОВ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+ультрафонофорез с Метилурацилом

!парафинотерапия

!электорофорез с Лидазой

!массаж

?ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ВКЛЮЧАЕТ

!+физиотерапию

!редрессацию

!артропластику

!создание ложного сустава

?СТИМУЛИРУЕТ ЭПИТЕЛИЗАЦИЮ РАНЫ

!+Солкосерил

!Коргликон

!эмульсия Синтомицина

!Триметилдифтор параамин

?ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЁ ПЕРЕЛОМЕ ПРИМЕНЯЮТ

!+элеватор Карапетяна

!распатор

!зажим Кохера

!крючок Фарабефа

?ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЕМ ТКАНЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ

!+наложение трахеостомы

!введение воздуховода

!наложение бимаксиллярных шин

!прошивание и выведение языка

?СВОБОДНОЕ ДЫХАНИЕ ПОСЛЕ ЭКСТУВАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

!+введением воздуховода

!трахеостомией

!прошиванием и выведением языка

!поворотом головы пациента

?КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

!+отсутствие рецидива

!объём опухоли

!вид первичной опухоли

!характер метастазирования

?В КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ВХОДЯТ

!+физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой ВНЧС

!химиотерапия, иглотерапия

!физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация

!физиотерапия, резекция мышечкового отростка, разгрузка и покой ВНЧС

?ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

!+эстетической гармонии

!восприятию со стороны окружающих

!общему состоянию больного

!адекватности восприятия лечения

?«ТРУВОЧНЫМ» СТОЛОМ НАЗЫВАЕТСЯ

!+протёртое гомогенное питание

!диета при ксеростомии

!диета после резекции желудка

!диета при заболеваниях ЖКТ

?ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАСТИКИ ИСПОЛЬЗУЮТ

!+физиотерапию

!массаж
!СВЧ гипертермию
!криотерапию

?ПРИ НАРУШЕНИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЛОСКУТЕ НА НОЖКЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ
!+физиотерапия
!криотерапия
!гидромассаж
!электрокоагуляция

?ПРИ НАРУШЕНИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЛОСКУТЕ НА НОЖКЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ
!+ГБО-терапия
!криотерапия
!гидромассаж
!электрокоагуляция

?ДЕРМАБРАЗИЮ ПЕРЕСАЖЕННОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПРОВОДЯТ ПРИ
!+гиперпигментации
!грубых рубцовых изменениях
!рубцовых изменениях слизистой оболочки
!образовании келлоидного рубца

?ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ПРИЖИВЛЕНИЯ СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ
!+ГБО-терапия
!криотерапия
!гидромассаж
!электрокоагуляция

?ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ПРИЖИВЛЕНИЯ СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ
!+физиотерапия
!гидромассаж
!криотерапия
!химиотерапия

?РАДИОИЗОТОПНОЕ СЦИНЦИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА ВПЕРВЫЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА (СУТ.)
!+5
!2
!3
!4

?ДЛЯ УСКОРЕНИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ НАЗНАЧАЮТ
!+ГБО-терапию
!криотерапию
!химиотерапию
!дезинтоксинационную терапию

?ДЛЯ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗНАЧАЮТ СТОЛ
!+трубочный
!15
!9
!1

?ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕЗИНОВАЯ ТЯГА НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ
!+несколько часов после операции или на следующий день
!4 дня
!5 дней
!7 дней

?ДЛЯ УСКОРЕНИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ЧЕЛЮСТЕЙ НАЗНАЧАЮТ
!+ГБО-терапию
!криотерапию
!гормонотерапию
!химиотерапию

?ДЛЯ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗНАЧАЮТ СТОЛ
!+трубочный
!15
!9
!2 челюстной

?ДИЕТОЙ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СТОЛ
!+трубочный
!1
!15
!9

?ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ БИМАКСИЛЛЯРНЫХ ШИН С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ РЕЗИНОВЫЕ КОЛЬЦА (ТЯГУ) МЕНЯЮТ
!+1 раз в неделю

!1 раз в месяц
!ежедневно
!3 раза в месяц

?РАСТВОРОМ ДЛЯ ТУАЛЕТА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+раствор Диоксида
!раствор Рингера
!40% Глюкоза
!Альбумин

?ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ НАЗНАЧАЮТ ОСТЕОТРОПНЫЕ АНТИБИОТИКИ

!+Линкомицин
!Олететрин
!Пенициллин
!Тетрациклин

?ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ДЕФОРМАЦИЮ КОСТЕЙ НОСА УСТРАНЯЮТ

!+остеотомией костей носа
!мануальным вправлением
!тампонадой носа
!наложением повязки из коллодия

?ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ДЕФОРМАЦИЮ КОСТЕЙ НОСА УСТРАНЯЮТ

!+контурной пластикой
!мануальным вправлением
!тампонадой носа
!наложением повязки из коллодия

?СПОСОБОМ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ БЕЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ЗАСТАРЕЛОГО ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+контурная пластика
!остеотомия скуловой кости
!радикальная гайморотомия
!репозиция отломков

?ИДЕНТИЧНОСТЬ ЦВЕТА ПЕРЕСАЖЕННОЙ КОЖИ И ОКРУЖАЮЩЕЙ КОЖИ ЛИЦА ДОСТИГАЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ

!+деэпидермизации
!гидромассажа
!физиотерапии
!криотерапии

?ПАРНОЕ СОЧЛЕНЕНИЕ СУСТАВНЫХ ГОЛОВЕК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С СУСТАВНЫМИ ПОВЕРХНОСТЯМИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ ЯМОК ВИСОЧНЫХ КОСТЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

!+височно-нижнечелюстным суставом (ВНЧС)
!челюстным соединением
!мандибулярным суставом
!ложным суставом

?ГЛУБИНА РЕЗЦОВОГО ПЕРЕКРЫТИЯ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНОЙ

!+на 1/3 высоты коронки нижнего резца
!на 1/2 высоты коронки нижнего резца
!на 2/3 высоты коронки нижнего резца
!на величину коронки резца

?ОЦЕНКА СООТНОШЕНИЯ БОКОВЫХ ЗУБОВ В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩЕЙ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ

!+мезиальной окклюзии
!вертикальной резцовой дизокклюзии
!перекрёстной окклюзии
!глубокой резцовой окклюзии

?С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СООТНОШЕНИЯ КОРНЕЙ ВЕРХНИХ БОКОВЫХ ЗУБОВ С ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХОЙ ПАЦИЕНТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАПРАВИТЬ НА

!+компьютерную томографию
!телерентгенографию (ТРГ) в прямой проекции
!ортопантограмму
!панорамную рентгенографию

?СИММЕТРИЧНОСТЬ РАЗВИТИЯ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ

!+телерентгенографии в прямой проекции
!панорамной рентгенографии
!телерентгенографии в боковой проекции
!прицельной рентгенографии

?ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ РЕГИСТРИРУЕТ

!+биопотенциалы мышц челюстно-лицевой области
!движение нижней челюсти
!движение ВНЧС
!гемодинамику мышц челюстно-лицевой области

?НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ МЯГКОТКАНЫХ СТРУКТУР ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ДАЁТ

!+магнитно-резонансная томография
!телерентгенография

!ортопантомография
!компьютерная томография

?ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОЦЕНИТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПУТЁМ РЕГИСТРАЦИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ, НАЗЫВАЕТСЯ

!+электромиографией
!мастикациографией
!кинезиографией
!сиалографией

?ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЫШЦ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОМ

!+электромиографии
!реопародонтографии
!артофонографии
!аксиографии

?РЕОГРАФИЯ В ОБЛАСТИ ВНЧС ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

!гемодинамическое состояние сосудов ВНЧС
!сократительную способность мышц челюстно-лицевой области
!движение суставных головок нижней челюсти
!выносливость тканей пародонта

?АНОМАЛИИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ В САГИТАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ

!+телерентгенографию (ТРГ) в боковой проекции
!томографии
!ортопантомографии
!панорамной рентгенографии

?ФОРМУ ЛИЦА ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

!+Изара
!Тонна
!Эшлера - Биттнера
!Коркхауза

?«ВЫПУКЛЫЙ» ПРОФИЛЬ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

!+ретроположении нижней челюсти
!нормальном развитии
!перекрестном прикусе
!формировании диастемы

?КАЖДЫЙ ЗУБ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АНТАГОНИРУЕТ С

!+одноимённым зубом нижней челюсти и позадистоящим зубом
!одноимённым зубом нижней челюсти
!одноимённым зубом нижней челюсти и впередистоящим зубом
!одноимённым зубом верхней челюсти

?ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ФОРМЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ

!+Хаулея - Гербера - Гербста
!Коркхауза
!Пона
!Долгополовой

?ШИРИНУ ГОЛОВЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕЖДУ ТОЧКАМИ

!+eu - eu
!zy - zy
!go - go
!op - gl

?ДЛИНУ ГОЛОВЫ ИЗМЕРЯЮТ МЕЖДУ ТОЧКАМИ

!+op- gl
!eu - eu
!zy - zy
!go - go

?МЕТОД КОРКХАУЗА ОСНОВАН НА

!+зависимости суммы мезиодистальных размеров верхних резцов и длины переднего отрезка зубного ряда
!зависимости суммы мезиодистальных размеров верхних резцов и ширины зубных рядов
!зависимости ширины и длины зубных рядов
!пропорциональности размеров верхних и нижних резцов

?ИНДЕКС ТОННА ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

!+пропорциональности верхних и нижних резцов
!пропорциональности размеров верхнего и нижнего зубных рядов
!ширины зубного ряда
!длины зубного ряда

?НА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ГОЛОВЫ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ЗНАЧЕНИЕ УГЛА **ANB=10** ГРАДУСОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

!+скелетном классе II
!скелетном классе I

!скелетном классе III
!протрузии верхних резцов

?НА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ГОЛОВЫ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ УВЕЛИЧЕНИЕ УГЛА SNA СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
!+верхнечелюстной прогнатии
!скелетном классе I
!нижнечелюстной макрогнатии
!верхнечелюстной микрогнатии

?ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТЬ РАЗМЕРОВ КОРОНОК ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ПОЗВОЛИТ ОПРЕДЕЛИТЬ
!+индекс Тона
!методика Пона
!методика Коркхауза
!индекс Нансе

?РАЗМЕРЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО МЕТОДУ ПОНА ИЗУЧАЮТСЯ В
!+трансверсальном направлении
!сагиттальном и вертикальном направлениях
!сагиттальном направлении
!вертикальном направлении

?ИЗМЕРИТЕЛЬНОЙ ТОЧКОЙ ПОНА НА НИЖНИХ ПЕРВЫХ ПРЕМОЛЯРАХ ЯВЛЯЕТСЯ
!+дистальная точка ската щёчного бугорка
!середина межбугорковой фиссуры
!вершина нёбного бугорка
!скат нёбного бугорка

?ДЛИНУ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ЗУБНОГО РЯДА ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА
!+Коркхауза
!Нансе
!Пона
!Хауса - Снагиной

?УВЕЛИЧЕНИЕ УГЛА SPP-MP СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
!+вертикальном типе роста лицевого скелета
!вращении нижней челюсти по часовой стрелке
!горизонтальном направлении роста лицевого скелета
!ретрогнатическом типе профиля

?ПОКАЗАНИЕМ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
!+ранняя потеря молочных зубов
!аномалия формы временных зубов
!нарушение окклюзии
!нарушение формы зубных рядов

?НА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ГОЛОВЫ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ УМЕНЬШЕНИЕ УГЛА SNB СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
!+нижнечелюстной микрогнатии
!скелетном классе I
!нижнечелюстной макрогнатии
!верхнечелюстной микрогнатии

?ПЛАСТИКА ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА ПОКАЗАНА ПРИ
!+ретракции десны
!сужении зубных рядов
!диастеме
!нижней ретрогнатии

?ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ ТОЧКИ ПОНА 14 И 24 НАХОДЯТСЯ В
!+середине межбугорковой фиссуры
!вершине щёчного бугорка
!дистальной точке ската щёчного бугорка
!мезиальной точке ската щёчного бугорка

?УГОЛ SNA В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)
!+82
!80
!85
!74

?УГОЛ SNB В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)
!+80
!82
!85
!74

?УГОЛ ANB В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)
!+2
!6
!12

!8

?УГОЛ SPP\MP В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

!+25
!32
!15
!7

?УГОЛ SPP\NSL В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

!+7
!25
!32
!15

?УГОЛ MP\NSL В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

!+32
!25
!15
!7

?ИНДЕКС ТОНА В НОРМЕ

!+1,33
!1,22
!1,5
!1,14

?ПЕРЕДНИЙ ОТДЕЛ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА НА ТРГ ГОЛОВЫ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ОБОЗНАЧАЕТСЯ

!+N-Se
!MT1
!MT2
!Mr

?РОТОВОЙ ТИП ДЫХАНИЯ ПРИВОДИТ К

!+сужению верхнего зубного ряда
!формированию диастемы
!формированию вредной привычки
!дистализации моляров верхней челюсти

?ПАНОРАМНУЮ РЕНТГЕНОГРАФИЮ ПРИМЕНЯЮТ В ОРТОДОНТИИ ДЛЯ

!+выявления наличия зачатков зубов верхней и нижней челюстей
!измерения размеров зубов нижней челюсти
!измерения ширины зубного ряда
!измерения длины зубного ряда

?МЕТОД ЭЛЕКТРОМИОАРТРОГРАФИИ ПОЗВОЛЯЕТ ИЗУЧИТЬ

!+сокращение жевательных мышц и движение головок нижней челюсти
!состояние жевательных мышц в покое
!тонус жевательных мышц
!выносливость собственно жевательных мышц

?ПРОБА ЭШЛЕРА - БИТНЕРА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

!+выдвижении нижней челюсти с целью определения её ретропозиции
!смещении нижней челюсти кзади
!определении асимметрии лица во время улыбки
!глотании слюны

?ПРИКУСЫВАНИЕ И ПРОКЛАДЫВАНИЕ ЯЗЫКА ПРИВОДИТ К ОБРАЗОВАНИЮ ДИЗОККЛЮЗИИ

!+вертикальной
!глубокой резцовой
!дистальной
!мезиальной

?ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОМ ВЕРХНИЕ РЕЗЦЫ ПЕРЕКРЫВАЮТ НИЖНИЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА / ВЫСОТЫ КОРОНКИ, НАЗЫВАЕТСЯ

!+глубокой резцовой окклюзией
!вертикальной резцовой дизокклюзией
!сагиттальной резцовой дизокклюзией
!трансверзальной резцовой окклюзией

?ДИСТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ ОККЛЮЗИИ В ПЛОСКОСТИ

!сагиттальной
!вертикальной
!трансверзальной
!окклюзионной

?ПАТОЛОГИЯ ВНЧС, ПРИ КОТОРОЙ НАРУШАЕТСЯ КООРДИНАЦИЯ ФУНКЦИЙ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ВЗАИМНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ СУСТАВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

!мышечно-суставной дисфункцией
!мышечной дисфункцией
!суставной дисфункцией
!анкилозом

?НЕПРАВИЛЬНОЕ МЕЗИО-ДИСТАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО

- !+ранней потерей второго временного моляра
- !патологической стираемостью
- !снижением окклюзионной высоты
- !физиологической стираемостью

?К АНОМАЛИЯМ ОККЛЮЗИИ В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ОТНОСИТСЯ

- !+дистальная окклюзия
- !дизокклюзия
- !вестибулоокклюзия
- !глубокое резцовое перекрытие

?К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ У РЕБЁНКА НАБЛЮДАЕТСЯ МЛАДЕНЧЕСКАЯ

- !+ретрогения
- !прогения
- !протрузия
- !ретрузия

?ПРИ РОТОВОМ ДЫХАНИИ ФОРМИРУЕТСЯ

- !+«готическое» нёбо
- !симптом «напёрстка»
- !сагиттальная щель
- !диастема

?СОСАНИЕ СОСКИ ПОСЛЕ 1 ГОДА ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОККЛЮЗИИ

- !+дистальной
- !глубокой
- !перекрёстной
- !мезиальной

?МОЛЯРНЫЙ ИНДЕКС ПОНА РАВЕН

- !+64
- !85
- !80
- !65

?СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 1.2 И 2.2 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ (ЛЕТ)

- !+7-8
- !5
- !3
- !11

?СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 1.4 И 2.4 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ (ЛЕТ)

- !+8-9
- !5
- !3
- !11

?СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 1.3 И 2.3 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ (ЛЕТ)

- !+11-12
- !5
- !8
- !3

?СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 1.6 И 2.6 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ (ЛЕТ)

- !+5-6
- !11
- !8
- !3

?СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 3.2 И 4.2 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ (ЛЕТ)

- !+6-7
- !4
- !8
- !11

?СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 3.3 И 4.3 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ (ЛЕТ)

- !+10-11
- !3
- !5
- !12

?СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 15 И 25 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ (ЛЕТ)

- !+11-12
- !5-6
- !3
- !8

?К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ В НОРМЕ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

- !+меньше верхней
- !равна верхней
- !больше верхней на 3 мм
- !больше верхней на 5 мм

?ЗУБНЫЕ РЯДЫ В ОККЛЮЗИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ИМЕЮТ ФОРМУ

- !+полукруга
- !полуэллипса
- !параболы
- !трапеции

?ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К СМЕНЕ ЗУБОВ ПРОДОЛЖАЕТСЯ (ЛЕТ)

- !+от 4 до 6
- !от 3 до 4
- !от 5 до 8
- !от 3 до 9

?ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

- !+6-1-2-4-3-5-7
- !1-2-4-5-3-6-7
- !6-1-2-5-3-4-7
- !6-2-4-3-5-7

?РЕЗЦЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С РЕЗЦАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- !+режущим краем
- !язычной поверхностью
- !вестибулярной поверхностью
- !апроксимальной поверхностью

?ГИПЕРОДОНТИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- !+наличии сверхкомплектных зубов
- !отсутствии зачатков зубов
- !ретенции зубов
- !увеличении размеров зубов

?ТОРТОАНОМАЛИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- !+поворот зуба вокруг вертикальной оси
- !супраположение зуба
- !вестибулярный наклон зуба
- !оральное положение зуба

?ДИСТАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СМЕЩЕНИЕ ЗУБА

- !+назад по зубному ряду
- !вперёд по зубному ряду
- !в сторону нёба
- !в сторону щеки

?СУПРАПОЛОЖЕНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА

- !+выше окклюзионной плоскости
- !поворот зуба вокруг вертикальной оси
- !вестибулярное
- !оральное

?II КЛАСС ЭНГЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ ЗУБОВ ЧЕЛЮСТИ

- !+нижней дистально
- !верхней дистально
- !нижней мезиально
- !нижней латерально

?ДИСТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ БОКОВЫХ ЗУБОВ ЧЕЛЮСТИ

- !+нижней дистально
- !нижней мезиально
- !верхней дистально
- !верхней латерально

?ЛИНГВОККЛЮЗИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СМЕЩЕНИЕ ЗУБОВ

- !+нижних боковых язычно
- !верхних боковых орально
- !верхних боковых щечно
- !нижних передних вестибулярно

?ПАЛАТОККЛЮЗИЯ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ ОККЛЮЗИИ В НАПРАВЛЕНИИ

- !+трансверсальном
- !вертикальном
- !сагиттальном
- !сагиттальном и вертикальном

?В НОРМЕ НИЖНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ ИМЕЮТ

!+по 1 антагонисту

!по 2 антагониста

!контакт с клыками верхней челюсти

!контакт с боковыми резцами верхней челюсти

?ЩЕЧНЫЕ БУГОРКИ НИЖНИХ БОКОВЫХ ЗУБОВ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С

!+продольными фиссурами верхних

!щёчными бугорками верхних

!нёбными бугорками верхних

!вестибулярными поверхностями верхних

?РЕЗЦЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С РЕЗЦАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

!+нёбной поверхностью

!режущим краем

!вестибулярной поверхностью

!апроксимальной поверхностью

?БАЗАЛЬНАЯ ДУГА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

!+больше альвеолярной дуги

!меньше альвеолярной дуги на 5 мм

!равна альвеолярной дуге

!меньше альвеолярной дуги на 3 мм

?ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

!+I - II - IV - III - V

!I - II - III - IV - V

!II - I - III - IV - V

!I - II - V - IV - III

?ВЕСТИБУЛОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ ЗУБОВ

!+нижних или верхних боковых в щёчную сторону

!нижних или верхних боковых в оральную сторону

!только верхних боковых в оральную сторону

!нижних передних в оральную сторону

?НЁБНЫЕ БУГОРКИ ВЕРХНИХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ 3-ЛЕТНЕГО РЕБЁНКА РАСПОЛАГАЮТСЯ

!+в продольной фиссуре нижних моляров

!на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров

!вестибулярнее щёчных бугорков нижних моляров

!на одном уровне с щёчными бугорками нижних моляров

?ПРИЧИНОЙ ЗАДЕРЖКИ СМЕНЫ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

!+персистенция

!гиперодонтия

!скученное положение

!гиподонтия

?ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ВЫШЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ

!+супраположение

!оральное

!инфраположение

!вестибулярное

?АДЕНТИЯ ЗУБА ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИИ

!+количества

!размера

!структуры твёрдых тканей

!формы

?ОТСУТСТВИЕ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ

!+количества

!размера зубных рядов

!положения

!смыкания зубных рядов

?НАЛИЧИЕ СВЕРХКОМПЛЕКТНЫХ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИИ

!+количества

!размера

!формы

!положения

?РЕТЕНЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ

!+сроков прорезывания

!количества

!формы

!размера

?СУЖЕНИЕ ЗУБНОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ

!+трансверсальном

!вертикальном
!сагиттальном
!вертикальном и сагиттальном

?ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА СОСТОИТ ИЗ ОТДЕЛОВ

!+переднего и заднего
!заднего
!переднего
!мозгового и лицевого

?МОРФОЛОГИЧЕСКИ ЧЕРЕП РАЗДЕЛЯЕТСЯ НА ОТДЕЛЫ

!+мозговой и лицевой
!челюстной и лобный
!верхний и нижний
!затылочный, лобный, челюстной

?НЁБНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ЗУБА НАЗЫВАЮТ

!+оральное
!мезиальное
!супраположение
!вестибулярное

?ЛИНГВАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ЗУБА НАЗЫВАЮТ

!+оральное
!дистальное
!инфраположение
!вестибулярное

?ПРОТРУЗИЯ РЕЗЦОВ НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА И РЕТРУЗИЯ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ФОРМИРУЮТ ОККЛЮЗИЮ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ

!+обратную резцовую
!вертикальную резцовую дизокклюзию
!глубокую резцовую дизокклюзию
!дистальную

?РЕТРУЗИЯ РЕЗЦОВ НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА И ПРОТРУЗИЯ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ФОРМИРУЮТ ДИЗОККЛЮЗИЮ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ

!+сагиттальную резцовую
!глубокую резцовую
!обратную резцовую
!трансверсальную резцовую

?ТРАНСВЕРСАЛЬНУЮ РЕЗЦОВУЮ ОККЛЮЗИЮ ОТНОСЯТ К АНОМАЛИЯМ В ОТДЕЛЕ

!+переднем
!боковом
!нижнем боковом
!верхнем боковом

?АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ БОКОВЫХ ЗУБОВ В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+дистальной
!сагиттальной резцовой
!обратной резцовой
!трансверсальной резцовой

?АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБА СМЕЩЕНИЕ КЗАДИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+дистальной
!вестибулярной
!тортаномалией
!супраположением

?АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+вертикальной резцовой дизокклюзией
!сагиттальной резцовой дизокклюзией
!обратной резцовой дизокклюзией
!дистальной окклюзией

?УМЕНЬШЕНИЕ МЕЗИОДИСТАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ

!+микроденция
!гиподенция
!гипероденция
!транспозиция

?БИПРОТРУЗИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

!+протрузию резцов верхнего и нижнего зубных рядов
!ретрузию резцов
!обратную резцовую окклюзию
!обратную резцовую дизокклюзию

?УКОРОЧЕНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ

!+сагиттальном
!вертикальном

! трансверсальном
! сочетанном

? ПРОТРУЗИЯ ВЕРХНИХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

! + вестибулярным положением
! оральным положением
! тортоположением
! транспозицией

? БУГРОВОЕ СМЫКАНИЕ КЛЫКОВ ПО II КЛАССУ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОККЛЮЗИИ

! + дистальной
! дизокклюзии
! перекрёстной
! мезиальной

? МЕЗИАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В

! + сагиттальном направлении
! вертикальном и трансверсальном направлениях
! трансверсальном направлении
! сагиттальном и трансверсальном направлениях

? СООТНОШЕНИЕ МОЛЯРОВ ПО III КЛАССУ ЭНГЛЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

! + мезиальную окклюзию
! вертикальную резцовую дизокклюзию
! дистальную окклюзию
! глубокую резцовую окклюзию

? СООТНОШЕНИЕ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ ЭНГЛЯ

! + I
! II 1 подклассу
! III
! II 2 подклассу

? ПРОТРУЗИЯ - АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ РЕЗЦОВ В НАПРАВЛЕНИИ

! + сагиттальном
! вертикальном
! трансверсальном
! сочетанном

? ОТСУТСТВИЕ ЗАЧАТКА ЗУБА НАЗЫВАЮТ

! + адентией
! латеральным положением резцов, диастемой
! скученным положением
! тремой

? ПАЛАТООККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ ОККЛЮЗИИ В

! + трансверсальном направлении
! вертикальном направлении
! сагиттальном направлении
! сагиттальном и трансверсальном направлениях

? ЗУБОУЛЬВЕОЛЯРНОЕ УКРОЧЕНИЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕГО И НИЖНЕГО ЗУБНЫХ РЯДОВ СООТВЕТСТВУЕТ АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ

! + вертикальной резцовой дизокклюзии
! глубокой резцовой окклюзии
! обратной резцовой дизокклюзии
! трансверсальной резцовой окклюзии

? ЛАТЕРАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ПРИВОДИТ К

! + диастеме
! тремам
! тортоаномалии
! транспозиции

? ПОВОРОТ ПО ОСИ ЯВЛЯЕТСЯ

! + тортоаномалией
! транспозицией
! вестибулярным положением
! оральным положением

? ГИПОПЛАЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ

! + структуры твёрдых тканей
! положения
! формы
! количества

? ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ НИЖНЯЯ РЕТРОГНАТИЯ

! + формируется к моменту рождения
! формируется до образования нёба
! формируется к моменту прорезывания первых зубов

!не формируется

?ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА В ПРОЦЕССЕ РОСТА ВЗАИМОДЕЙСТВУЕТ С ОТДЕЛАМИ

!+мозговым, лицевым, шейным

!мозговым

!лицевым

!шейным

?ЗОНОЙ РОСТА ШВА ЯВЛЯЕТСЯ

!+камбиальный слой

!капсулярный слой

!наружный и внутренний слои перепончатой ткани

!средняя зона шва

?ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА СОСТОИТ ИЗ ОТДЕЛОВ

!+2

!3

!1

!4

?В ПРОЦЕССЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА ПРОИСХОДИТ ЗАКЛАДКА ПАР ЖАБЕРНЫХ ДУГ

!+4

!2

!6

!8

?В НОРМЕ КЛЫКИ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ИМЕЮТ

!+2 антагониста

!1 антагонист

!контакт с резцами

!контакт с вторыми премолярами

?ЛАТЕРАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ 1.1 И 2.1 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

!+диастемы

!тремы

!диастемы и тремы

!макродентии

?АДЕНТИЯ ЗУБА ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ

!+количества

!формы

!размера

!структуры твёрдых тканей

?ОТСУТСТВИЕ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ

!+количества зубов

!смыкания зубных рядов

!размера зубных рядов

!положения зуба

?ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ЯЗЫЧНО НАЗЫВАЕТСЯ

!+лингвальным

!тортоаномалией

!супраположением

!вестибулярным

?АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

!+трансверсальной резцовой

!глубокой резцовой

!обратной резцовой

!сагиттальной резцовой

?АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБА В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ И ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТЯХ НАЗЫВАЕТСЯ

!+вестибулярной и супраположением

!инфра- и супраположением

!оральной и вестибулярной

!дистальной и мезиальной

?АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

!+глубокой резцовой окклюзией

!сагиттальной резцовой дизокклюзией

!обратной резцовой окклюзией

!сагиттальной резцовой

?ДЛЯ ОЦЕНКИ ПАРОДОНТА БОКОВОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

!+ортопантомографию

!телерентгенографию (ТРГ) в прямой проекции

!томографию ВНЧС

!телерентгенографию (ТРГ) в боковой проекции

?АНОМАЛИИ РАЗМЕРОВ ЧЕЛЮСТЕЙ В САГИТАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ

- !+телерентгенографии (ТРГ) в боковой проекции
- !ортопантомографии
- !панорамной рентгенографии
- !телерентгенографии (ТРГ) в прямой проекции

?ПРИВЫЧКА СПАТЬ НА СПИНЕ С ЗАПРОКИНУТОЙ ГОЛОВОЙ ПРИВОДИТ К

- !+задержке роста нижней челюсти
- !выдвижению нижней челюсти
- !нарушению прорезывания зубов
- !нарушению положения зубов

?ОРТОПАНТОМОГРАФИЮ В ОРТОДОНТИИ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- !+наличия зачатков постоянных зубов
- !длины нижней челюсти
- !длины верхней челюсти
- !ширины зубных рядов

?НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИВОДИТ К

- !+диастеме
- !ограничению подвижности нижней губы
- !увеличению подвижности зубов
- !тремам

?ПРИЧИНОЙ ДИАСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+адентия боковых резцов
- !неправильное вскармливание
- !рахит
- !сужение зубных рядов

?РАННЯЯ ПОТЕРЯ ЗУБА 6.3 ПРИВОДИТ К

- !+мезиальному смещению боковых зубов и латеральному передних
- !травме зачатка постоянного зуба
- !дистальному смещению боковых зубов
- !демнерализации одноименного зачатка

?ФОРМИРОВАНИЮ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ ТИП РОСТА

- !+горизонтальный
- !вертикальный
- !горизонтальный и вертикальный
- !нейтральный

?НЕДОСТАТОК МЕСТА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К АНОМАЛИИ ЗУБА

- !+положения
- !размера
- !формы
- !структуры

?ПРИЧИНОЙ МЕЗИАЛЬНОГО НАКЛОНА ЗУБА 1.6 ЯВЛЯЕТСЯ

- !+преждевременное удаление 5.5
- !макродентия нижних зубов
- !сверхкомплектный зуб в области 4.5
- !давление зачатка 4.7

?ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К

- !+вертикальной резцовой дизокклюзии
- !мезиальной окклюзии
- !протрузии нижних резцов
- !глубокой резцовой дизокклюзии

?К МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИВОДИТ

- !+верхняя микрогнатия и нижняя макрогнатия
- !верхняя макрогнатия и нижняя микрогнатия
- !верхняя прогнатия
- !нижняя ретрогнатия

?ПРИЧИНОЙ СКУЧЕННОСТИ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+сужение и укорочение зубного ряда
- !макроглоссия
- !микродентия
- !макрогнатия

?ПОЛОЖЕНИЕ ЯЗЫКА МЕЖДУ ПЕРЕДНИМИ ЗУБАМИ ПРИВОДИТ К

- !+вертикальной резцовой дизокклюзии
- !мезиальной окклюзии
- !глубокой резцовой окклюзии
- !дистальной окклюзии

?СОСАНИЕ ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К

- !+протрузии резцов верхней челюсти и ретрузии резцов нижней челюсти
- !травме языка
- !выдвижению нижней челюсти
- !прикусыванию щёк

?ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- !+ретрузии нижних резцов
- !формирования трансверсальной аномалии окклюзии
- !смещения средней линии
- !смещения нижней челюсти латерально

?ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- !+сагиттальной резцовой дизокклюзии
- !прямой резцовой окклюзии
- !глубокой резцовой окклюзии
- !глубокой резцовой дизокклюзии

?УГЛУБЛЕНИЕ КРИВОЙ ШПЕЕ

- !+создаёт дефицит места
- !создаёт избыток места
- !не влияет
- !нормализует окклюзию

?ПРИЧИНОЙ БИЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПРОТРУЗИИ МОЖЕТ ПОСЛУЖИТЬ

- !+макроглоссия
- !микроглоссия
- !микроденция
- !гипертонус круговой мышцы рта

?К АНОМАЛИЯМ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

- !+микроденция
- !микрогнатия
- !макроглоссия
- !глоссоптоз

?НЕДОСТАТОК ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ

- !+экзогенным общим
- !эндогенным общим
- !экзогенным местным
- !эндогенным местным

?К АНОМАЛИЯМ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

- !+макроденция
- !микрогнатия
- !макроглоссия
- !макрогнатия

?РАННЯЯ ПОТЕРЯ МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- !+наклону соседних зубов в сторону дефекта
- !удлинению зубной дуги
- !диастеме
- !вертикальной резцовой дизокклюзии

?ПРИ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКЕ СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ФОРМИРУЕТСЯ

- !+протрузия передней группы зубов верхней челюсти
- !дизокклюзия в боковых отделах
- !носовое дыхание
- !чрезмерное развитие нижней челюсти

?ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ НАРУШЕНИЙ

- !+неврологических
- !эстетических
- !травматических
- !социальных

?ПРИЧИНОЙ ТРЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+микроденция
- !широкая уздечка языка
- !сужение зубных рядов
- !нарушение окклюзии

?ВЕРТИКАЛЬНАЯ РЕЗЦОВАЯ ДИЗОККЛЮЗИЯ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- !+зубоальвеолярного удлинения боковой группы зубов и укорочения передней группы
- !тортоаномалии зубов
- !нарушения развития твёрдых тканей
- !наличия сверхкомплектных зубов

?РАННЯЯ ПОТЕРЯ ЗУБА 5.3 ПРИВОДИТ К

!+мезиальному смещению боковых зубов
!травме зачатка постоянного зуба 2.3
!травме зачатка постоянного зуба 1.3
!деминерализации одноимённого зачатка

?РОТОВОЕ ДЫХАНИЕ ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ НА

!+положение языка
!размеры зубов
!положение уздечки верхней губы
!форму зубов

?ТИПЕРТРОФИЯ НЁБНЫХ МИНДАЛИН И АДЕНОИДЫ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН ПРИВОДЯТ К ФОРМИРОВАНИЮ

!+палатиноокклюзии
!мезиальной окклюзии
!глубокой резцовой окклюзии
!обратной резцовой окклюзии

?К ЛИЦЕВЫМ ПРИЗНАКАМ ПРИ СИНДРОМЕ КРУЗОНА (CROUZON) ОТНОСЯТ

!+резкое недоразвитие среднего отдела лица
!чрезмерное развитие нижней челюсти
!чрезмерное развитие верхней челюсти
!резкое недоразвитие верхнего участка лица

?РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ СРЕДНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

!+синдроме Крузона (Crouzon)
!ключично-черепном дизостозе
!синдроме Франческетти
!гипогидротической эктодермальной дисплазии

?УДЛИНЕННОЕ ЛИЦО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

!+чрезмерного вертикального роста челюстей
!чрезмерного горизонтального роста челюстей
!нейтрального роста
!недоразвития верхней челюсти

?ПРИЗНАКИ ДЛИННОГО ЛИЦА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ РОСТА

!+вертикального
!горизонтального
!вышеперечисленных
!нейтрального

?ПРИЧИНОЙ МИКРОДЕНТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+генетически детерминированный фактор
!низкое прикрепление уздечки верхней губы
!свехкомплектный зуб
!нарушение функции глотания

?АНОМАЛИЕЙ ОККЛЮЗИИ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+палатиноокклюзия
!мезиальная окклюзия
!глубокая резцовая окклюзия
!биальвеолярная протрузия

?АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ КЛЫКА ОБУСЛОВЛЕНА

!+мезиальным смещением боковых зубов
!нарушением функции языка
!укороченной уздечкой языка
!микродентией клыка

?УМЕНЬШЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЫСОТЫ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ И РЕТРУЗИЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО

!+зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов
!зубоальвеолярным удлинением в области боковых зубов
!зубоальвеолярным укорочением в области передних зубов
!протрузией резцов

?ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ МОЖЕТ ИЗМЕНЯТЬСЯ

!+нижняя морфологическая высота лица
!ширина лица
!средняя морфологическая высота лица
!глубина лица

?К ЭНДОГЕННЫМ ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ОТНОСЯТ

!+токсикозы 1 триместра беременности
!вредные привычки ребёнка
!родовую травму
!искусственное вскармливание

?ПРИВЫЧКА РЕБЁНКА СПАТЬ С ЗАПРОКИНУТОЙ ГОЛОВОЙ СПОСОБСТВУЕТ ФОРМИРОВАНИЮ

!+дистальной окклюзии

!перекрёстной окклюзии
!мезиальной окклюзии
!вертикальной резцовой дизокклюзии

?К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЯМ, ПРИВОДЯЩИМ К ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ, ОТНОСИТСЯ

!+сужение верхнего зубного ряда
!дистопия
!ретенция
!бипротрузия

?ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К НАРУШЕНИЮ ФОРМЫ ЗУБНОГО РЯДА

!+верхнего и нижнего в переднем отделе
!нижнего в трансверсальном направлении
!верхнего в боковом
!укорочению верхнего

?ФУНКЦИЮ СМЫКАНИЯ ГУБ МОЖНО НОРМАЛИЗОВАТЬ

!+лечебной гимнастикой круговой мышцы рта и нормализацией положения языка в акте глотания
!пластикой уздечки верхней губы
!удалением зубов по методу Хотца
!пластикой уздечки нижней губы

?СИМПТОМ ГИПЕРТОНУСА КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+симптом напёрстка в области подбородка при глотании
!надподбородочная складка
!выступление верхней губы
!выступление нижней губы

?ПРИЧИНОЙ ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+одностороннее сужение зубного ряда
!нарушение функции глотания
!нарушение функции дыхания
!гипотонус круговой мышцы рта

?ГЛУБОКАЯ РЕЗЦОВАЯ ОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ

!+вертикальном
!сагиттальном
!трансверсальном
!трансверсальном, сагиттальном

?ПРИЧИНОЙ ДИАСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

!+микродентия зубов верхней челюсти
!мелкое преддверие полости рта
!укороченная уздечка языка
!ротовое дыхание

?ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ В ФОРМИРОВАНИИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+нарушенная функция языка
!низкое прикрепление уздечки верхней губы
!мелкое преддверие
!адентия

?ПРИЧИНОЙ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+зубоальвеолярное удлинение в переднем отделе
!миодинамического равновесия
!нарушение функции глотания
!нарушение функции дыхания

?ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

!+зубоальвеолярное укорочение в области жевательной группы зубов
!симптом напёрстка
!интрузия резцов
!экструзия моляров

?ПРИЧИНОЙ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА 1.3 ЯВЛЯЕТСЯ

!+персистентный зуб 5.3
!нарушение функции глотания
!нарушение функции дыхания
!адентия временных моляров

?К ПРИЧИНАМ МЕЗИАЛЬНОГО СМЕЩЕНИЯ ПОСТОЯННЫХ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ ОТНОСЯТ

!+раннюю потерю временных клыков
!сверхкомплектные зубы
!дистальную окклюзию
!глубокую резцовую окклюзию

?СИМПТОМ «НАПЁРСТКА» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

!+нарушении глотания, нарушении миодинамического равновесия
!низком прикреплении уздечки верхней губы

!диастеме

!тремах

?ВЯЛЫЙ ТИП ЖЕВАНИЯ ПРИВОДИТ К

!+скученному положению зубов

!тремам

!диастеме

!адентии зубов

?ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ТРАНСВЕРСАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+нестираемость бугров временных клыков

!укорочение уздечки языка

!инфантильный тип глотания

!вялое жевание

?АНГИДРОТИЧЕСКАЯ ФОРМА ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

!+гиподентией

!макродентией

!гипердентией

!наличием всех зачатков постоянных зубов

?ДИАСТЕМА ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ АНОМАЛИИ

!+положения зубов

!макродентии

!микродентии

!палатиноокклюзии

?САГИТТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

!+протрузией резцов верхней челюсти; ретрузией резцов нижней челюсти

!протрузией резцов верхней и нижней челюсти

!протрузией резцов нижней челюсти; ретрузией резцов верхней челюсти

!ретрузией резцов верхней и нижней челюсти

?СУЖЕНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ПРОВОДИТ К

!+скученному положению резцов

!персистенции

!гиперодонтии

!гиподонтии

?ПРИЧИНОЙ УКРОЧЕНИЯ ЗУБНОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ СМЕЩЕНИЕ ЗУБОВ

!+мезиально

!вестибулярно

!латерально

!транспозиция

?ОБРАТНАЯ РЕЗЦОВАЯ ОККЛЮЗИЯ ОБУСЛОВЛЕНА

!+ретрузией резцов верхней и протрузией резцов нижней челюсти

!протрузией резцов верхней и нижней челюсти

!протрузией резцов нижней челюсти

!протрузией резцов верхней челюсти, ретрузией резцов нижней челюсти

?ЛИНИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ОСНОВАНИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОБОЗНАЧАЕТСЯ

!+NL

!ML

!NSL

!FH

?ФРАНКФУРТСКАЯ ГОРИЗОНТАЛЬ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ ТОЧКИ

!+Or-Po

!N-S

!Ar-Go

!Go-Pg

?ГОНИАЛЬНЫЙ УГОЛ ОБОЗНАЧАЕТСЯ

!+Go

!Ar

!Co

!Po

?ПЕРЕДНЯЯ ТОЧКА ПОДБОРОДКА ОБОЗНАЧАЕТСЯ

!+Pg

!Me

!Ar

!Go

?НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКАЯ ТОЧКА НА ПЕРЕДНЕМ КОНТУРЕ АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

!+A

!B

!Me

!Pg

?НАИБОЛЕЕ УГЛУБЛЁННАЯ ТОЧКА НА ПЕРЕДНЕМ КОНТУРЕ БАЗИСА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

!+B

!Pg

!Me

!A

?ЛИНИЯ NS СООТВЕТСТВУЕТ ПЛОСКОСТИ

!+переднего отдела основания черепа

!основания нижней челюсти

!основания верхней челюсти

эстетической по Rikets

?ТОЧКА AR РАСПОЛОЖЕНА НА ЧЕЛЮСТИ

!+заднем контуре суставной головки нижней

!переднем контуре апикального базиса нижней

!переднем контуре апикального базиса верхней

!вершине суставной головки нижней

?ТОЧКА ME СООТВЕТСТВУЕТ

!+передней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти

!вершине суставной головки

!точке пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти

!передней точке подбородочного выступа

?ТОЧКА PT ЯВЛЯЕТСЯ

!+верхней дистальной точкой крыловидно-верхнечелюстной щели

!серединой турецкого седла

!нижней точкой края орбиты

!верхней точкой наружного слухового прохода

?ТОЧКА ЦЕНТРА ТУРЕЦКОГО СЕДЛА

!+S

!Po

!Pt

!Ba

?ПЕРЕДНЯЯ ТОЧКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

!+SM

!Snp

!Go

!Co

?ЗАДНЯЯ ТОЧКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

!+Snp

!Co

!Go

!SM

?ТОЧКА A ЯВЛЯЕТСЯ

!+наиболее глубокой точкой на переднем контуре апикального базиса верхней челюсти

!наиболее глубокой точкой на переднем контуре апикального базиса нижней челюсти

!передней точкой носолобного шва

!центром турецкого седла

?ТОЧКА GO ЯВЛЯЕТСЯ

!+точкой пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти

!передней точкой апикального базиса нижней челюсти

!вершиной суставной головки

!передней точкой подбородочного выступа

?ТОЧКА PG СООТВЕТСТВУЕТ

!+передней точке подбородочного выступа

!нижней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти

!точке пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти

!передней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти

?ЗУБОВАЛЬВЕОЛЯРНУЮ ВЫСОТУ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПАРАМЕТР

!+U1 - NL

!U6 - NL

!L1 - ML

!L1 - ML

?С ЦЕЛЬЮ ИЗМЕРЕНИЯ ДЛИНЫ ТЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

!+ТРГ - боковая проекция

!ТРГ - прямая проекция

!ортопантограмму

!томографию ВНЧС

?ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ НИЖЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ НАЗЫВАЮТ

- !+инфраположением
- !оральным
- !дистальным
- !вестибулярным

?АНОМАЛИЕЙ ОККЛЮЗИИ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+вестибулоокклюзия
- !глубокая резцовая окклюзия
- !обратная резцовая окклюзия
- !обратная резцовая дизокклюзия

?ДЛЯ ТОРКА ХАРАКТЕРЕН НАКЛОН ЗУБА

- !+вестибуло-оральный
- !мезио-дистальный
- !лабио-лингвальный
- !лабио-латеральный

?ПОВОРОТ ЗУБА ВОКРУГ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ОСИ НАЗЫВАЕТСЯ

- !+ротация
- !торк
- !ангуляция
- !инклинация

?ДЛЯ АНГУЛЯЦИИ ХАРАКТЕРЕН НАКЛОН ЗУБА

- !+мезио-латеральный
- !вестибуло-оральный
- !межрезцовый угол
- !лабио-латеральный

?ЛАТЕРАЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА

- !+ТРГ головы в прямой проекции
- !ортопантограмме
- !ТРГ головы в боковой проекции
- !панорамной рентгенограмме

?МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ОФОРМЛЯЕТСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ПАЦИЕНТА

- !+при первичном обращении
- !при каждом обращении
- !один раз в год
- !один раз в пять лет

?МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ХРАНИТСЯ

- !+в регистратуре
- !в кабинете лечащего врача
- !у пациента
- !у главного врача

?ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ

- !+медицинским регистратором
- !врачом-стоматологом
- !врачом-статистиком
- !медсестрой

?МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ХРАНИТСЯ В РЕГИСТРАТУРЕ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ТЕЧЕНИЕ (ЛЕТ)

- !+5
- !10
- !15
- !20

?МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА № 043/У) ЧЕРЕЗ 5 ЛЕТ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПЕРЕДАЁТСЯ В

- !+архив
- !Министерство здравоохранения РФ
- !фонд ОМС
- !государственный комитет по статистике

?ДИАГНОЗ И ВСЕ ПОСЛЕДУЮЩИЕ РАЗДЕЛЫ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ЗАПОЛНЯЮТСЯ

- !+лечащим врачом
- !медсестрой
- !регистратором
- !заведующим отделением

?МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ

- !+после приёма пациента
- !по завершении рабочего дня
- !в процессе приёма пациента
- !по желанию врача

?ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА- СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

!+учёта работы за один день
!планирования времени работы
!контроля качества
!отчета перед ФОМС

?ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА- СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) ЗАПОЛНЯЕТСЯ

!+лечащим врачом
!медсестрой
!регистратором
!заведующим отделением

?КОНТРОЛЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕНИЯ ЛИСТКА ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

!+непосредственный руководитель врача
!главный врач медицинской организации
!регистратор
!врач-статистик

?КОНТРОЛЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕНИЯ СВОДНОЙ ВЕДОМОСТИ УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №039-2/У-88) ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

!+главный врач медицинской организации
!непосредственный руководитель врача
!регистратор
!статистик

?СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА- СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №039-2/У-88) СОСТАВЛЯЕТСЯ

!+медицинским статистиком
!руководителем медицинской организации
!самим врачом
!медсестрой кабинета

?УЧЁТ ТРУДА ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРОВОДИТСЯ ПО

!+условным единицам трудоёмкости
!количеству вылеченных зубов
!числу принятых пациентов
!проведённым курсам профилактических мероприятий

?ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОНТРОЛЯ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ВЕДЕНИЯ ЛИСТКА ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) РУКОВОДИТЕЛЬ СОПОСТАВЛЯЕТ ЗАПИСИ С

!+медицинской картой стоматологического больного
!клиническими рекомендациями
!профессиональным стандартом
!программой государственных гарантий на оказание медицинской помощи

?ДВЕ СВОДНЫЕ ВЕДОМОСТИ УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА- СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №039-2/У-88) НА ОДНОГО ВРАЧА ЗАВОДЯТСЯ В СЛУЧАЕ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

!+взрослым и детям
!женщинам и мужчинам
!пациентам по программам ОМС и ДМС
!работающим и пенсионерам

?ДНЕВНИК УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОДОНТА (ФОРМА №039-3/У) ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

!+учёта работы за один день
!планирования времени работы
!контроля качества
!отчёта перед ФОМС

?ДНЕВНИК УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОДОНТА (ФОРМА №039-3/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ

!+врачом-ортодонтом
!регистратором
!медсестрой
!статистиком

?ДНЕВНИК УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОДОНТА (ФОРМА №039-3/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

!+записей в медицинской карте стоматологического больного
!талона учёта амбулаторного пациента
!листка нетрудоспособности
!сводной ведомости учёта работы врача-стоматолога

?КОНТРОЛЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕНИЯ ДНЕВНИКА УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОДОНТА (ФОРМА №039-3/У) ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

!+непосредственный руководитель врача
!главный врач медицинской организации
!регистратор
!статистик

?ДНЕВНИК УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОДОНТА (ФОРМА №039-3/У) НЕОБХОДИМО ЗАПОЛНЯТЬ

!+ежедневно
!еженедельно
!ежемесячно

!ежечасно

?ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА- СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) СЛУЖИТ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ

!+сводной ведомости учёта работы
!медицинской карты
!листка нетрудоспособности
!журнала учёта профилактических осмотров

?ДНЕВНИК УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОПЕДА (ФОРМА №039-4/У) ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

!+учёта работы за один день
!планирования времени работы
!контроля качества
!отчёта перед ФОМС

?ДНЕВНИК УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОПЕДА (ФОРМА №039-4/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ

!+врачом-ортопедом
!регистратором
!медсестрой
!статистиком

?ТИП ВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

!+регрессивный
!стационарный
!прогрессивный
!статичный

?ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА- СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА (ФОРМА №037-1/У) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ

!+дневника учёта работы врача-стоматолога-ортопеда
!сводного журнала о приёме пациентов
!статистической ведомости
!медицинской карты стоматологического больного

?ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

!+регистрации профилактических осмотров
!планирования времени работы
!контроля качества
!отчёта перед ФОМС

?ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ

!+медсестрой
!регистратором
!врачом-стоматологом
!статистиком

?КОНТРОЛЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕНИЯ ЖУРНАЛА УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

!+заведующий отделением
!главный врач медицинской организации
!регистратор
!статистик

?ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ АНАЛИЗА

!+профилактической работы среди населения
!эффективности использования оборудования
!информированности населения о ЗОЖ
!распределения нагрузки среди врачей

?МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА (ФОРМА №043-1/У) ЯВЛЯЕТСЯ УЧЁТНОЙ ФОРМОЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

!+в амбулаторных условиях
!вне медицинской организации
!в условиях дневного стационара
!стационарных условиях

?МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА (ФОРМА №043-1/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ НА ПАЦИЕНТА

!+при первичном обращении
!при каждом обращении
!один раз в год
!один раз в пять лет

?ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА (ФОРМА №043-1/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ В

!+регистратуре
!смотровом кабинете
!рекреационной зоне
!кабинете врача-стоматолога ортодонта

?ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ЛИЧНОСТЬ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ

!+паспорт
!страховой полис
!водительские права

!свидетельство о рождении

?СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ

!+Министерством здравоохранения РФ

!Правительством РФ

!руководством медицинской организации

!Российской академией наук

?ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

!+распространённость заболеваний среди населения

!изменения распространённости заболеваний во времени

!удельный вес конкретного заболевания

!распространённость социально-значимых заболеваний

?КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТАМ ХАРАКТЕРА

!+рекомендательного

!обязательного

!законодательного

!ознакомительного

?ДЛЯ РАСЧЁТА ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ЧИСЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

!+зарегистрированных впервые в данном году

!выявленных впервые в жизни

!социально-значимых, зарегистрированных в данном году

!инфекционных, зарегистрированных впервые в жизни

?ДЛЯ РАСЧЁТА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ЧИСЛЕ

!+выявленных впервые в жизни

!зарегистрированных впервые в данном году

!социально-значимых, зарегистрированных в данном году

!инфекционных, зарегистрированных впервые в жизни

?ДЛЯ РАСЧЁТА ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В ДАННОМ ГОДУ, И

!+среднегодовой численности населения

!числе заболеваний, выявленных впервые в жизни

!числе социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в данном году

!числе заболеваний, зарегистрированных на данной территории

?ДЛЯ РАСЧЁТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В ДАННОМ ГОДУ, И

!+среднегодовой численности населения

!числе заболеваний, выявленных впервые в жизни

!числе заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году

!числе инфекционных заболеваний, зарегистрированных на данной территории

?ДЛЯ РАСЧЁТА СТРУКТУРЫ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ

!+конкретного заболевания и случаев всех заболеваний

!конкретного заболевания и среднегодовой численности населения

!всех заболеваний в данном году и случаев заболеваний в предыдущие годы

!заболеваний, выявленных при медосмотре, и лиц, прошедших медосмотр

?ДЛЯ РАСЧЁТА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЁННОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ

!+заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр

!конкретного заболевания и среднегодовой численности населения

!конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний

!всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы

?ДЛЯ РАСЧЁТА КОНКРЕТНОГО ВИДА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ КОНКРЕТНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И

!+среднегодовой численности населения

!числе случаев заболеваний в предыдущие годы

!численности трудоспособного населения

!числе лиц, прошедших медосмотр

?ИЗ УСЛОВИЙ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ, НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ, СОГЛАСНО ДАННЫМ ВОЗ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+образ жизни

!здравоохранение

!наследственность

!внешняя среда

?К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

!+нерациональное питание

!артериальную гипертензию

!сахарный диабет

!гиперхолестеринемию

?К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

!+курение

!артериальную гипертензию

!сахарный диабет

!гиперхолестеринемию

?К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

!+злоупотребление алкоголем

!артериальную гипертензию

!сахарный диабет

!гиперхолестеринемию

?К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

!+гиподинамию

!артериальную гипертензию

!сахарный диабет

!гиперхолестеринемию

?К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

!+стресс

!артериальную гипертензию

!сахарный диабет

!гиперхолестеринемию

?ДЛЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РФ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ УДЕЛЬНОГО ВЕСА ЛИЦ

!+пожилого возраста

!мужского пола

!детского возраста

!состоящих в браке

?НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ БОЛЬНИЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

!+уменьшение оборота койки и увеличение летальности

!увеличение оборота койки и увеличение летальности

!уменьшение оборота койки и снижение летальности

!увеличение оборота койки и снижение летальности

?О КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ

!+летальности

!количества пролеченных пациентов

!среднегодовой занятости койки

!оборота койки

?О КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ

!+расхождения клинического и патологоанатомического диагноза

!средней продолжительности пребывания на койке

!среднегодовой занятости койки

!оборота койки

?О КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ

!+послеоперационных осложнений

!средней продолжительности пребывания на койке

!среднегодовой занятости койки

!оборота койки

?К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

!+первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная

!амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации

!экстренная, неотложная, плановая

!по врачебным специальностям

?К ФОРМАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

!+экстренная, неотложная, плановая

!первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная

!амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации

!по врачебным специальностям

?К УСЛОВИЯМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ УСЛОВИЯ

!+амбулаторные, стационарные, дневного стационара, вне медицинской организации

!первичные медико-санитарные, специализированные, паллиативные

!экстренные, неотложные, плановые

!разной степени комфортности

?ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, НЕЗАВИСИМО ОТ ИХ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОЙ ФОРМЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮТСЯ

!+порядками

!стандартами

!рекомендациями

!нормативами

?ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ РАБОТЫ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫДАЧЕ, ХРАНЕНИЮ И УЧЁТУ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, НЕСЁТ

!+главный врач

!зам. главного врача по клинико-экспертной работе

!старшая медсестра

!врач-статистик

?ЭКСПЕРТИЗА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВИД МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЦЕЛЬЮ КОТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

!+определение сроков и степени нетрудоспособности пациента

!оценка состояния здоровья пациента

!установление возможности осуществления трудовой деятельности (трудовой прогноз)

!перевод на облегчённые условия труда

?ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОВОДИТСЯ НА УРОВНЕ

!лечащего врача

!главного внештатного специалиста Минздрава России

!эксперта бюро медико-социальной экспертизы

!главного врача медицинской организации

?ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОВОДИТСЯ НА УРОВНЕ

!врачебной комиссии медицинской организации

!главного внештатного специалиста Минздрава России

!эксперта бюро медико-социальной экспертизы

!главного врача медицинской организации

?ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ

!листок нетрудоспособности

!медицинская карта стоматологического больного

!страховой медицинский полис

!листок ежедневного учёта врача-стоматолога

?ВЫДАВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЮТ ПРАВО ВРАЧИ

!поликлиник

!домов отдыха

!подстанций скорой помощи

!бюро судебно-медицинской экспертизы

?ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ПРЕДОСТАВИТЬ

!паспорт

!страховой медицинский полис

!медицинскую карту амбулаторного больного

!письменное разрешение главврача поликлиники

?СТУДЕНТАМ В СЛУЧАЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЁТСЯ

!справка установленной формы

!листок нетрудоспособности

!справка произвольной формы

!выписной эпикриз

?ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

!врачебная комиссия

!главный врач

!заведующий отделением

!комиссия по трудовым спорам

?НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТА НАПРАВЛЯЕТ

!врачебная комиссия

!консилиум специалистов

!лечащий врач

!главный врач

?В СЛУЧАЕ БЫТОВОЙ ТРАВМЫ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЁТСЯ С ДНЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

!первого

!пятого

!десятого

!пятнадцатого

?В СОСТАВ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВХОДЯТ

!лечащий врач, заведующий отделением и заместитель главного врача по клинико-экспертной работе

!все врачи, прошедшие обучение по вопросам ЭВН

!любой заместитель главного врача и представитель органов управления здравоохранением

!главный врач, представитель ФОМС, старшая медсестра отделения

?УСРЕДНЁННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДОВ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ВКЛЮЧЕНЫ В

!стандарты медицинской помощи

!порядки оказания медицинской помощи

!протоколы ведения пациентов

!клинические рекомендации

?ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ЕДИНОЛИЧНО И ЕДИНОВРЕМЕННО ВЫДАВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК ДО (ДНЕЙ)

!+15

!20

!7

!5

?ЧАСТНОПРАКТИКУЮЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДО (ДНЕЙ)

!15

!5

!20

!7

?ФЕЛЬДШЕРАМ И ЗУБНЫМ ВРАЧАМ РАЗРЕШЕНО ВЫДАВАТЬ ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДО (КАЛЕНДАРНЫЕ ДНИ)

!+10

!3

!7

!15

?ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИНОГОРОДНИМ ОФОРМЛЯЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ, ЗАВЕРЯЕТСЯ ГЕРБОВОЙ ПЕЧАТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, А ТАКЖЕ ВИЗИРУЕТСЯ

!+главным врачом (или его заместителем)

!представителем ФОМС

!представителем органов социальной защиты населения

!представителем профессиональной медицинской организации

?К КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТНОСИТСЯ ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СВЫШЕ (ДНЕЙ)

!+15

!10

!5

!30

?ПРИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВОЗНИКШЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО ИЛИ ТОКСИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ, ВЫДАЁТСЯ

!+листок нетрудоспособности с отметкой

!справка о нетрудоспособности

!справка произвольной формы

!выписной эпикриз

?ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, РАБОТАЮЩИМ ПО ДОГОВОРУ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ РФ, ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЁТСЯ

!+листок нетрудоспособности

!справка произвольной формы

!справка установленной формы

!выписной эпикриз

?ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ О НАПРАВЛЕНИИ ПАЦИЕНТА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПРИНИМАЕТ

!+врачебная комиссия

!заведующий отделением

!врач, прошедший обучение по ЭВН

!главный врач и его заместители

?ФЕДЕРАЛЬНЫЙ И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ФОНДЫ ОМС ЯВЛЯЮТСЯ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

!+некоммерческими

!государственными казёнными

!государственными бюджетными

!коммерческими

?АБСОЛЮТНУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИНАНСОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

!+рентабельность

!доход

!прибыль

!выручка

?ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

!+объём соответствующего вида медицинской помощи

!протоколы ведения пациентов

!стандарты медицинской помощи

!порядки оказания медицинской помощи

?ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

!+базовую программу ОМС

!протоколы ведения пациентов

!стандарты медицинской помощи

!порядки оказания медицинской помощи

?ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

!+соответствующий вид медицинской помощи

!протоколы ведения пациентов

!стандарты медицинской помощи

!порядки оказания медицинской помощи

?ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

!+подушевой норматив финансирования здравоохранения

!протоколы ведения пациентов

!стандарты медицинской помощи

!порядки оказания медицинской помощи

?МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ

- !+социальной защиты интересов населения в охране здоровья
- !охраны жизни, трудоспособности человека
- !ответственности за неисполнение рекомендаций врача
- !обязательств по представлению пособий по нетрудоспособности

?ПОРЯДКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖАЮТСЯ НА УРОВНЕ

- !+федеральном
- !региональном
- !муниципальном
- !областном

?МИНИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА УРОВНЕ

- !+федеральном
- !региональном
- !муниципальном
- !областном

?ЗАСТРАХОВАННОМУ В СИСТЕМЕ ОМС ВЫДАЁТСЯ

- !+страховой медицинский полис
- !справка о том, что он застрахован
- !расписка страховой компании о возмещении расходов за лечение
- !договор обязательного медицинского страхования

?ЗАСТРАХОВАННЫМ В СИСТЕМЕ ОМС ЯВЛЯЕТСЯ

- !+гражданин РФ
- !юридическое лицо
- !страховое учреждение
- !медицинская организация

?СТРАХОВАТЕЛЕМ ДЛЯ НЕРАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+орган исполнительной власти субъектов РФ
- !организация или индивидуальный предприниматель
- !страховое учреждение
- !медицинская организация

?СТРАХОВАТЕЛЕМ ДЛЯ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+организация или индивидуальный предприниматель
- !орган исполнительной власти субъектов РФ
- !страховое учреждение
- !медицинская организация

?ЦЕЛЬЮ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+гарантирование гражданам медицинской помощи за счёт накопленных средств при возникновении страхового случая
- !усиление ответственности медицинских работников в повышении качества медицинской помощи
- !сохранение и укрепление здоровья населения
- !упорядочение отчётности медицинских организаций

?МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

- !+формализованную программу действия врача по ведению пациента в сочетании со стоимостью медицинских услуг
- !последовательность лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий для определённой нозологии
- !набор лечебно-диагностических манипуляций для каждого заболевания
- !специальную программу профилактических мероприятий для конкретной нозологии

?ОТ ФОНДА ОПЛАТЫ ТРУДА ПРЕДПРИЯТИЯ, УЧРЕЖДЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ОТЧИСЛЯЮТ В ФОНДЫ ОМС (%)

- !+5,1
- !3,1
- !2,1
- !1,1

?В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ РФ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС ИМЕЕТ СИЛУ

- !+на всей территории РФ
- !только на территории того субъекта РФ, где выдан страховой полис
- !только на территории того субъекта РФ, где проживает застрахованный
- !на территории других государств, с которыми РФ имеет соглашения о медицинском страховании граждан

?ЦЕЛЬЮ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+разработка мер профилактики и оценка их эффективности
- !изучение распространения заболеваний по группам населения
- !реформирование системы здравоохранения
- !анализ демографических показателей

?СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖАЮТСЯ НА УРОВНЕ

- !+федеральном
- !региональном
- !муниципальном
- !областном

?ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- !+трудовым договором (контрактом)
- !решением местной администрации
- !постановлением собрания трудового коллектива
- !распоряжением главного врача

?ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВРЕД, ПРИЧИНЁННЫЙ ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕСЁТСЯ

- !+медицинской организацией
- !медицинским работником
- !органами управления здравоохранения
- !местной администрацией

?ДОГОВОР СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (СМО) С МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ (МО) СЧИТАЕТСЯ ЗАКЛЮЧЕННЫМ С МОМЕНТА

- !+подписания договора
- !перечисления СМО аванса МО
- !получения от МО списка застрахованных
- !получения СМО и МО лицензии

?ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ПОДЛЕЖИТ НАСЕЛЕНИЕ

- !+всё
- !детское
- !со стойкой утратой трудоспособности (инвалиды)
- !работающее

?ФИНАНСОВЫЕ СРЕДСТВА ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НАХОДЯТСЯ В СОБСТВЕННОСТИ

- !+государства
- !страховых медицинских организаций
- !предприятий, организаций
- !фонда социального страхования населения РФ

?К ПОКАЗАТЕЛЯМ СТАТИСТИКИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ

- !+нагрузки врача-терапевта на приёме в поликлинике
- !младенческой смертности
- !общей заболеваемости
- !инвалидности

?ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ КАРИЕСА ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНСТРУМЕНТОВ И МАТЕРИАЛОВ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ИМПОРТНОГО ПРОИЗВОДСТВА НА ПРИЁМЕ СТОМАТОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ СРЕДСТВ

- !+ОМС
- !ДМС
- !бюджетов субъектов РФ
- !федерального бюджета

?ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ КАРИЕСА ЗУБОВ (ПУЛЬПИТ И ПЕРИОДОНТИТ) С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНСТРУМЕНТОВ И МАТЕРИАЛОВ СЧЁТ СРЕДСТВ

- !+ОМС
- !ДМС
- !бюджетов субъектов РФ
- !федерального бюджета

?ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО И ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЯМ ДИСПАНСЕРНОГО ПРИЁМОВ СТОМАТОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ СРЕДСТВ

- !+ОМС
- !ДМС
- !бюджетов субъектов РФ
- !федерального бюджета

?ПОКАЗАТЕЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В СТАЦИОНАРЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЦЕНТНЫМ ОТНОШЕНИЕМ

- !+числа проведённых хирургических операций к числу больных, выбывших из хирургического отделения
- !числа прооперированных больных к числу больных, выбывших из хирургического отделения
- !числа прооперированных больных к числу больных, выписанных из хирургического отделения
- !числа проведённых хирургических операций к числу больных, выписанных из хирургического отделения

?ПОКАЗАТЕЛЬ «ЧИСЛО ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК» ОТНОСИТСЯ К ТИПУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

- !+качественному
- !ресурсному
- !финансовому
- !интегральному

?С ПЕРСониФИЦИРОВАННОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ РАБОТАЮТ НА УРОВНЕ

- !+медицинской организации
- !муниципального образования
- !субъекта РФ
- !Минздрава РФ

?С ПЕРСониФИЦИРОВАННОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ ЕЖЕДНЕВНО РАБОТАЕТ

- !+лечащий врач
- !заместитель главного врача
- !главный врач
- !врач-статистик

?К ПОКАЗАТЕЛЯМ ОБЪЁМА РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ ОТНОСИТСЯ ЧИСЛО

- !+посещений за год
- !посещений на одного врача
- !врачей на 10000 жителей
- !врачебных посещений на 1 жителя

?РОСЗДРАВНАДЗОР ПРОВОДИТ КОНТРОЛЬ

- !+государственный
- !внутренний
- !ведомственный
- !общественный

?УСРЕДНЁННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ РФ, ВКЛЮЧЕНЫ В

- !+стандарты медицинской помощи
- !порядки оказания медицинской помощи
- !протоколы ведения пациентов
- !клинические рекомендации

?УСРЕДНЁННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ВКЛЮЧЕНЫ В

- !+стандарты медицинской помощи
- !порядки оказания медицинской помощи
- !протоколы ведения пациентов
- !клинические рекомендации

?РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ЕЁ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ВКЛЮЧЕНЫ В

- !+порядки оказания медицинской помощи
- !стандарты медицинской помощи
- !протоколы ведения пациентов
- !клинические рекомендации

?ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНСТРУМЕНТОВ И МАТЕРИАЛОВ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ИМПОРТНОГО ПРОИЗВОДСТВА НА ПРИЁМЕ СТОМАТОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ СРЕДСТВ

- !+ОМС
- !ДМС
- !бюджетов субъектов РФ
- !федерального бюджета

?ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ АНЕСТЕТИКОВ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ИМПОРТНОГО ПРОИЗВОДСТВА (НОВОКАИН, ЛИДОКАИН И ДР.) НА ПРИЁМЕ СТОМАТОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ СРЕДСТВ

- !+ОМС
- !ДМС
- !бюджетов субъектов РФ
- !федерального бюджета

?ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СНЯТИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ РУЧНЫМ СПОСОБОМ НА ПРИЁМЕ СТОМАТОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ СРЕДСТВ

- !+ОМС
- !ДМС
- !бюджетов субъектов РФ
- !федерального бюджета

?ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ СРЕДСТВ

- !+ОМС
- !ДМС
- !бюджетов субъектов РФ
- !федерального бюджета

?СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ К НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТАМ ХАРАКТЕРА

- !+обязательного
- !рекомендательного
- !законодательного
- !ознакомительного

?СТАНДАРТЫ ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ЕЁ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ВКЛЮЧЕНЫ В

- !+порядки оказания медицинской помощи
- !стандарты медицинской помощи
- !протоколы ведения пациентов
- !клинические рекомендации

?ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ЕЁ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ, ВРАЧА) ВКЛЮЧЕНЫ В

- !+порядки оказания медицинской помощи
- !стандарты медицинской помощи
- !протоколы ведения пациентов
- !клинические рекомендации

?ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧЕНЫ В

- !+порядки оказания медицинской помощи
- !стандарты медицинской помощи
- !протоколы ведения пациентов

!клинические рекомендации

?НЕЗАВИСИМАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ ФОРМ КОНТРОЛЯ

!+общественного

!государственного

!внутреннего

!ведомственного

?КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПОДДЕРЖАНИЕ И (ИЛИ) ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+медицинской помощью

!медицинской услугой

!медицинским вмешательством

!медицинской манипуляцией

?МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРОФИЛАКТИКУ, ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ И ИМЕЮЩИХ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ЗАКОНЧЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

!+медицинской услугой

!медицинской помощью

!медицинской деятельностью

!медицинской манипуляцией

?ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

!+является обязательным условием медицинского вмешательства

!оформляется исключительно при отказе пациента от медицинской помощи

!даётся в исключительных случаях родителями несовершеннолетних детей

!даётся пациентом исключительно при оказании ему высокотехнологичной медицинской помощи

?К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ

!+скорая

!экстренная

!неотложная

!плановая

?К ФОРМАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ

!+плановая

!первичная медико-санитарная

!стационарная

!скорая

?ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ПОМОЩИ

!+специализированной

!скорой

!паллиативной

!первичной медико-санитарной

?СКОРАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ПОМОЩИ

!+скорой

!специализированной

!паллиативной

!первичной медико-санитарной

?ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ВИДАМ, УСЛОВИЯМ И ФОРМАМ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА УРОВНЕ

!+федеральном

!международном

!муниципальном

!частном

?СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАЗРАБАТЫВАЮТСЯ ПО

!+нозологиям

!моделям пациентов

!возрасту

!полу

?МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

!+комплекс мероприятий, направленный на поддержание и (или) восстановление здоровья

!комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний

!набор медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций

!сочетанные мероприятия по устранению или облегчению проявлений заболевания

?ЦЕНА МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ

!+себестоимости и прибыли

!расходов и рентабельности

!доходов и расходов

!затрат на оказание услуги

?НОРМА НАГРУЗКИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

!+регламентированный объём работы, который работник должен выполнить в единицу рабочего времени

!затраты рабочего времени на конкретную работу

!установленная численность работников для выполнения конкретной работы

!рекомендуемый норматив численности персонала

?ИЗМЕРИТЕЛЕМ ОБЪЁМА ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+среднее число посещений поликлиники на одного жителя в год

!нормы нагрузки врачей, работающих в поликлинике

!функция врачебной должности

!количество посещений поликлиники в день

?ПОД ПОТРЕБНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОНИМАЕТСЯ

!+доля населения, нуждающегося в госпитализации

!число коек на определённую численность населения

!доля госпитализированных за год больных

!число врачебных должностей стационара на определённую численность населения

?ИЗ СОБСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПАЦИЕНТ ОПЛАЧИВАЕТ

!+дополнительные и сервисные услуги

!скорую и неотложную медицинскую помощь

!медицинскую помощь по программе ОМС

!стационарное лечение при травмах, отравлениях, венерических заболеваниях

?ПОД ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОНИМАЮТ

!+степень достижения конкретных результатов при оказании медицинской помощи при соответствующих ресурсных затратах

!улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий

!степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи

!строгое соблюдение стандартов медицинской помощи

?ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРЫМ БОЛЬНОЙ СТРАДАЕТ В ТЕЧЕНИЕ РЯДА ЛЕТ И ЕЖЕГОДНО ОБРАЩАЕТСЯ К ВРАЧУ ПОЛИКЛИНИКИ, ВОЙДЁТ В СТАТИСТИКУ

!+общей заболеваемости

!первичной заболеваемости

!патологической поражённости

!профессиональной заболеваемости

?В ДИСПАНСЕР СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ПРОФИЛЯ ИЗВЕЩЕНИЕ О ВАЖНЕЙШЕМ НЕЭПИДЕМИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАПРАВЛЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

!+1 месяца

!3 недель

!1 недели

!2 дней

?ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

!+экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, профессиональном заболевании

!журнал регистрации инфекционных заболеваний медицинской организации

!отчёт ежемесячный и годовой о числе инфекционных заболеваний

!отчёт о заболеваниях активным туберкулёзом

?ПОКАЗАНИЕМ К ПРЯМОМУ ПОКРЫТИЮ ПУЛЬПЫ У ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+бессимптомный обратимый пульпит кариозного происхождения со случайным обнажением пульпы

!посттравматическое обнажение пульпы спустя 48 часов после травмы

!посттравматическое обнажение пульпы спустя 16 часов после травмы

!хронический гангренозный пульпит

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБА МЕТОДОМ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ НА ОСТАВШУЮСЯ В КАНАЛЕ ЧАСТЬ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ВОЗДЕЙСТВУЮТ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ С ЦЕЛЬЮ

!+прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования зуба

!девитализации корневой пульпы

!прекращения дальнейшего формирования корня

!ускорения формирования корня

?ДЛЯ АППЛИКАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ПРИМЕНЯЮТ

!+гель на основе Бензокаина

!0,5% взвесь Анестезина в Глицерине

!2% раствор Новокаина

!4% раствор Артикаина

?К ДЕФОРМАЦИИ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБНЫХ РЯДОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

!+повышенная стираемость твёрдых тканей зубов

!дентикль

!клиновидный дефект

!лейкоплакия

?АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ УКАЗЫВАЮТСЯ В ГРАФЕ

!+перенесённые и сопутствующие заболевания

!жалобы больного

!развитие настоящего заболевания

!внешний осмотр

?ЛОКАЛИЗАЦИЮ АСИММЕТРИИ ЛИЦА В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ УКАЗЫВАЮТ В ГРАФЕ

!+внешний осмотр

!жалобы больного

!перенесённые и сопутствующие заболевания

!развитие настоящего заболевания

?ЗА ЕЖЕДНЕВНУЮ ЧИСТКУ ЗУБОВ У РЕБЁНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТВЕТСТВЕННЫ

- !+родители
- !стоматолог
- !гигиенист
- !педиатр

?ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ РЕЗИНКИ ПОСЛЕ ЕДЫ СПОСОБСТВУЕТ

- !+увеличению скорости и количества выделения слюны
- !удалению зубного налёта с контактных поверхностей зубов
- !снижению повышенной чувствительности эмали зубов
- !уменьшению воспаления в тканях десны

?НАИБОЛЬШИМ КАРИЕСОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ УГЛЕВОД

- !+сахароза
- !мальтоза
- !галактоза
- !гликоген

?ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ СУТОЧНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ САХАРА ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ (ГРАММ)

- !+20
- !10
- !40
- !100

?ПОСЛЕ ПРИЁМА САХАРОВ ИХ ПОВЫШЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ В ПОЛОСТИ РТА СОХРАНЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

- !+20-40 минут
- !3-5 минут
- !10-15 минут
- !2-3 часов

?АКТИВНЫМ МЕТОДОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+занятия по обучению гигиене полости рта
- !издание научно-популярной литературы
- !проведение выставок средств гигиены полости рта
- !телевизионная реклама

?МЕТОДЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ, ПРЕДПОЛАГАЮЩИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ УЧАСТИЕ НАСЕЛЕНИЯ В ПОЛУЧЕНИИ ИНФОРМАЦИИ, НАЗЫВАЮТСЯ

- !+активными
- !пассивными
- !индивидуальными
- !массовыми

?ПРОВЕДЕНИЕ БЕСЕДЫ С ПАЦИЕНТОМ ПО ВОПРОСАМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

- !+индивидуальной
- !групповой
- !массовой
- !популяционной

?ПРОВЕДЕНИЕ «УРОКА ЗДОРОВЬЯ» В ОРГАНИЗОВАННОМ ДЕТСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

- !+групповой
- !индивидуальной
- !массовой
- !популяционной

?ТЕЛЕВИЗИОННАЯ РЕКЛАМА СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

- !+массовой
- !индивидуальной
- !групповой
- !региональной

?ЦЕЛЬЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+мотивация населения к поддержанию стоматологического здоровья
- !изучение стоматологической заболеваемости населения
- !выявление факторов риска возникновения стоматологических заболеваний
- !выявление среди населения групп риска возникновения стоматологических заболеваний

?ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ВОСПАЛЕНИЯ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С

- !+растительными добавками
- !аминофторидом
- !гидроксиапатитом
- !фторидом олова

?К СПЕЦИФИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ОТНОСИТСЯ

- !+герметизация фиссур
- !стоматологическое просвещение
- !санация полости рта
- !диспансеризация

?В ВОЗРАСТЕ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО 3 ЛЕТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ С

- !+родителями
- !детьми
- !учителями
- !педиатрами

?НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ФОРМОЙ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+игра
- !викторина
- !беседа
- !лекция

?СО ВЗРОСЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ В ВИДЕ

- !+лекций и бесед
- !игр
- !занятий в группе
- !викторин

?ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЖЕВАТЕЛЬНУЮ РЕЗИНКУ ПОСЛЕ ПРИЁМА ПИЩИ, СОСТАВЛЯЕТ (МИН)

- !+5-10
- !1 -5
- !20-30
- !более 60

?САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЛОССОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ С ВОЗРАСТА (ЛЕТ)

- !+9-12
- !4-5
- !6-8
- !15-16

?НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТИ И ВЗРОСЛЫЕ ДОЛЖНЫ ПРИХОДИТЬ НЕ РЕЖЕ 1 РАЗА В

- !+6 месяцев
- !месяц
- !год
- !2 года и более

?ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ В ФОРМЕ

- !+игры
- !урока
- !беседы
- !лекции

?ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЯВЛЕНИЯ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВРЕМЯ ЧИСТКИ НЕ БОЛЕЕ (МИН)

- !+2-3
- !1
- 4-5
- !6-7

?ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ С ИНТЕРВАЛОМ В (МЕС.)

- !+3
- !1
- !6
- !12

?ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВКЛЮЧАЕТ

- !+профессиональную гигиену полости рта
- !фторирование питьевой воды
- !фторирование молока
- !приём таблеток, содержащих фторид

?СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВКЛЮЧАЕТ

- !+беседы о гигиене полости рта
- !лекции о функции слюнных желёз
- !обучение навыкам снятия зубного камня
- !беседы по гигиене жилища

?РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЧАСТОТА ПОСЕЩЕНИЯ СТОМАТОЛОГА ДЕТЬМИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА СОСТАВЛЯЕТ ОДИН РАЗ В (МЕС.)

- !+6
- !9
- !18
- !24

?ДЛИНА РАБОЧЕЙ ЧАСТИ ДЕТСКОЙ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ (ММ)

- !+25
- !10
- !15
- !30

?РОДИТЕЛЯМ РЕКОМЕНДУЮТ ЧИСТИТЬ ЗУБЫ РЕБЁНКУ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА

!+1 раз вечером

!1 раз утром

!2 раза в день

!3 раза в день

?ДЕТЯМ СТАРШЕ 3 ЛЕТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА РЕКОМЕНДУЮТ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

!+лечебно-профилактические с фторидом

!гигиенические

!лечебно-профилактические с растительными добавками

!лечебно-профилактические с антисептиками

?ФАКТОРОМ РИСКА ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ

!+наличие эндокринного заболевания у пациента

!отсутствие контактного пункта между соседними зубами

!нависающий край пломбы

!скученность зубов во фронтальном отделе

?СМЕНА ЗУБОВ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД С (ЛЕТ)

!+6 до 12

!3 до 6

!4 до 10

!9 до 14

?К КОНЦУ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ У РЕБЁНКА ДОЛЖНО ПРОРЕЗАТЬСЯ ЗУБОВ

!+8

!4

!6

!10

?ВОЗРАСТ, В КОТОРОМ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ ВРЕМЕННЫЕ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, СОСТАВЛЯЕТ

!+6-8 месяцев

!20-30 месяцев

!5-6 лет

!12-16 месяцев

?ПЕРВЫЙ ПОСТОЯННЫЙ МОЛЯР ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

!+5 -6 лет

!8-9 лет

!20-30 месяцев

!11 -12 лет

?ПАЛЬПАЦИЮ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРОВОДЯТ

!+через кожу в области козелка уха

!со стороны полости рта

!через кожу в заушной области

!через кожу в области лобного отростка височной кости

?НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ВЫЗЫВАЕТ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ИЗМЕНЕНИЯ

!+местные

!генерализованные

!общие

!физиологические

?К АНОМАЛИЯМ СРОКОВ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

!+ретенция

!тортоаномалия

!сверхкомплектный зуб

!микродентия

?УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА ЗУБОВ ПО СРАВНЕНИЮ С НОРМОЙ НАЗЫВАЕТСЯ

!+гиперодонтией

!гипоодонтией

!макроодонтией

!микроодонтией

?УСТОЙЧИВЫЙ НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ ВОЗДУХА, ВЫДЫХАЕМЫЙ ЧЕЛОВЕКОМ, НАЗЫВАЕТСЯ

!+галитозом

!бруксизмом

!дистресс-синдромом

!синдромом Стейтона - Капдепона

?МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ ПРОИСХОДИТ ОСОБЕННО ИНТЕНСИВНО ДО

!+1,5 лет

!6 месяцев

!1 года

!1 месяца

?В СОСТАВ ЭМАЛИ ВХОДЯТ

!+гидроксиапатиты

!Йодапатиты
!фосфориды
!хлорофиллины

?ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА ЭМАЛИ В СТАДИИ «МЕЛОВОГО ПЯТНА» ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР

!2% Метиленового синего
!Шиллера-Писарева
!Эритрозина
!5% спиртовой Йода

?МИКРООРГАНИЗМЫ, ВЫРАБАТЫВАЮЩИЕ ЛЕТУЧИЕ СЕРНИСТЫЕ СОЕДИНЕНИЯ ПРИ ОРАЛЬНОМ ГАЛИТОЗЕ

!+Bacteroides
!Vibrio cholerae
!Togaviridae
!Streptococcus aureus

?ДЛЯ ОРГАНОЛЕПТИЧЕСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАПАХА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ИСПОЛЬЗУЮТ

!+тест с зубной нитью
!электромиографию
!индекс язычного налёта
!аксиографию

?ВОСПАЛЕНИЕ ТКАНЕЙ ДЕСНЫ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ БЕЗ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБОДЕСНЕВОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

!+гингивитом
!пародонтитом
!пародонтозом
!пародонтомой

?ПРИ КАНДИДОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ ЭЗОФАГИТА В ПОЛОСТИ РТА ОТМЕЧАЮТ

!+творожистые массы или беловато-серые легко снимаемые плёнки на поверхности языка
!налёт на языке серого цвета
!множественный кариес
!папулы ярко-красного цвета

?ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В ПОЛОСТИ РТА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

!+эрозия эмали
!абсцесс
!эпулис
!пародонтоз

?ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ В ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЕТСЯ

!+острый гингивостоматит
!пародонтоз
!жёлто-коричневое окрашивание налёта на языке
!зелёный налёт на зубах

?ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ОСТРОМ ГАСТРИТЕ В ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЕТСЯ

!+высыпание бледно-красного цвета с чёткой каймой розового цвета
!эпулис
!язва
!периодонтит

?У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ГАСТРИТА НАБЛЮДАЕТСЯ

!+фиксированная форма десквамативного глоссита
!дистальный прикус
!открытый прикус
!бруксизм

?ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ТИПА «В» В ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЮТСЯ

!+цианотичный язык, отёчность, гипертрофированные нитевидные сосочки
!выраженная гиперестезия языка, чувство жжения
!ксеростомия, язвы
!флюороз, актиномикоз

?ПРИ ОСТРЫХ ГЕПАТИТАХ В ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЕТСЯ

!+сухость слизистой оболочки рта
!флюороз
!абсцесс подъязычной области
!актиномикоз

?ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЕТСЯ

!+пузырно-сосудистый синдром
!участок дистрофии соединительной ткани
!«лакированный» язык
!тортоаномалии

?ПРИЧИНОЙ, ВЫЗЫВАЮЩЕЙ ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА ЗУБА, ЯВЛЯЕТСЯ

!+внешнее окрашивание
!почечная недостаточность

!инсульт
!муковисцидоз

?К ДЕВИТАЛЬНОМУ ОКРАШИВАНИЮ ЗУБОВ ПРИВОДИТ

!+депульпирование зубов
!аномалия желчных путей
!несовершенный амелогенез
!несовершенный дентиногенез

?СТАНДАРТНАЯ ШКАЛА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦВЕТА

!+Vita
!Filtek
!Gradia
!Charisma

?ИНДЕКСОМ ОЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

!+КПУ
!СРІТН
!ИГР-У
!РМА

?ИНДЕКСОМ ОЦЕНКИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+ИГР-У
!СРІТН
!КПУ
!РМА

?НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСХОДОМ ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕРАСТЯЖЕНИЯ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ЯВЛЯЕТСЯ

!+гипермобильность суставных головок
!боль при жевании в области ВНЧС
!спазм жевательных мышц
!атрофия суставного диска

?МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

!+неудовлетворительная гигиена полости рта
!высокое содержание фторида в питьевой воде
!низкое содержание фторида в питьевой воде
!ротовое дыхание

?УРОВЕНЬ ПРОДУКЦИИ ЛЕТУЧИХ СЕРНИСТЫХ СОЕДИНЕНИЙ В ПОЛОСТИ РТА ЗАВИСИТ ОТ

!+наличия белкового субстрата
!качества протезирования
!строения пародонта
!тонуса жевательных мышц

?К ПРОДУКТАМ АНАЭРОБНОГО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО РАСЩЕПЛЕНИЯ СЕРОСОДЕРЖАЩИХ АМИНОКИСЛОТ ОТНОСЯТ

!+летучие сернистые соединения
!мальтозу
!пепсин
!сахарозу

?ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В СТОМАТОЛОГИИ МАТЕРИАЛЫ МОГУТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ

!+контактного аллергического стоматита
!кандидоза
!галитоза
!пародонтита

?КЛЮЧЕВЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ, ОСМАТРИВАЕМЫЕ В СООТВЕТСТВИИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ВОЗ (ЛЕТ)

!+5-6, 12, 15, 35-44, 65 и старше
!0-3, 7, 14, 18, 35-44, 60-70
!6-7, 9, 15, 21-35, 45-60, 70 и старше
!0-3, 12, 20, 40-45, 75-80

?КЛЮЧЕВЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ ДЕТЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ (ЛЕТ)

!+5-6, 12, 15
!2-3, 6, 12
!3, 8, 12
!4, 8, 12, 15

?ОПТИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

!+1 раз в 5 лет
!1 раз в год
!2 раза в год
!1 раз в 10 лет

?К ПОКАЗАНИЯМ К МИКРОАБРАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

!+штриховую, пятнистую и меловиднокрапчатую формы флюороза
!тетрациклиновые зубы
!беременность и лактацию

!возраст до 12 лет

?К ОБЩИМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К МИКРОАБРАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

!+возраст пациентов до 12 лет
!системную гипоплазию эмали
!очаговую деминерализацию эмали
!тетрациклиновые зубы

?К МЕСТНЫМ АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К МИКРОАБРАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

!+несовершенный амело- и дентиногенез
!неровности на поверхности эмали
!трещины на поверхности эмали
!ортодонтическое лечение

?ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ПРОВОДЯТ

!+в первые месяцы после прорезывания зуба на стадии незрелой эмали
!через год после естественной минерализации
!в любое время
!через 2 года после прорезывания зуба

?К ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ОТНОСЯТ

!+плохую гигиену полости рта
!интактные широкие фиссуры
!штриховую форму гипоплазии эмали
!фиссурный кариес

?К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ОТНОСЯТ

!+глубокие фиссуры
!задержку прорезывания зуба
!начальный кариес
!гипоплазию эмали

?ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ДЛЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ (ЛЕТ)

!+6-7
!10-11
!9-10
!12-13

?К СРЕДСТВАМ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

!+отбеливающих зубных паст
!коллоидного серебра
!нитрата серебра
!профилактических зубных паст

?ДЛЯ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ

!+Перекись карбамида
!Трифосфат натрия
!Гидратированный кремний
!Сульфат натрия

?ПОКАЗАНИЕМ К ОТБЕЛИВАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

!+дисколорит зубов
!возраст пациента до 18 лет
!крупная пульпарная камера
!кариес эмали

?ОБЩИМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ОТБЕЛИВАНИЮ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ ПАЦИЕНТА (ЛЕТ)

!+16
!18
!45 и выше
!65 и выше

?ПРИ ДОМАШНЕМ ОТБЕЛИВАНИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА/КАРБАМИДА (%)

!+3-6 / 10-22
!1-3 / 5-10
!15-25 / 20-30
!15-38 / 30-45

?ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ВТОРЫХ МОЛЯРОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

!+12-13
!6-8
!10-11
!4-5

?ПЕРВЫМ ЭТАПОМ НЕИНВАЗИВНОЙ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ

!+тщательная очистка окклюзионной поверхности зуба
!препарирование
!кислотная подготовка поверхности
!изоляция зубов

?ВТОРЫМ ЭТАПОМ НЕИНВАЗИВНОЙ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ

- !+изоляция зуба от слюны
- !препарирование
- !тщательная очистка окклюзионной поверхности зуба
- !проведение аппликации фторосодержащим лаком

?ЦЕЛЬЮ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ

- !+изоляция фиссуры от действия кариесогенных факторов
- !профилактика стираемости эмали
- !лечение начального кариеса
- !профилактика суперконтактов

?ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТБЕЛИВАНИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА/КАРБАМИДА (%)

- !+15-38 / 30-45
- !1-3 / 5-10
- !3-6 / 10-22
- !6-8 / 20-30

?ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИСХОДНОГО ЦВЕТА ЗУБОВ ПРОВОДЯТ

- !+непосредственно перед процедурой
- !за 3 недели до процедуры
- !за 2 недели до процедуры
- !за неделю до процедуры

?ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО

- !+провести санацию полости рта
- !снять все ортопедические конструкции
- !прополоскать рот раствором Шиллера-Писарева
- !снять поверхностный слой эмали

?ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОЖОГОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЮТ

- !+жидкий Коффердам
- !дентальную адгезивную пасту Солкосерил
- !дентальную мазь Метрогил-Дента
- !Оптидам

?К ФОТОАКТИВИРУЕМЫМ СИСТЕМАМ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- !+Zoom
- !Opalescence
- !White Smile
- !Illumine home

?СИЛАНТЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ

- !+герметизации фиссур
- !пломбирования кариозных полостей
- !пломбирования корневых каналов
- !изолирующих прокладок

?ЗУБНОЙ ПАСТОЙ, СПОСОБСТВУЮЩЕЙ УМЕНЬШЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+солевая
- !кальцийсодержащая
- !гигиеническая
- !отбеливающая

?АНТИМИКРОБНЫМ СРЕДСТВОМ, ВХОДЯЩИМ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ГАЛИТОЗЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+триклозан
- !хлоргексидин
- !двуокись кремния
- !нитрат кальция

?УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРИЧИН ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ

- !+первичной профилактики стоматологических заболеваний
- !вторичной профилактики стоматологических заболеваний
- !третичной профилактики стоматологических заболеваний
- !эпидемиологического обследования населения

?ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА

- !+предупреждение осложнений возникшего заболевания
- !предупреждение их возникновения
- !восстановление анатомической и функциональной целостности зубочелюстной системы
- !функциональную реабилитацию заболеваний челюстно-лицевой области

?ПРОФИЛАКТИКОЙ ФЛЮОРОЗА В ЭНДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+замена водопроводчика
- !предупреждение заболеваний матери в период беременности
- !гигиена полости рта
- !герметизация фиссур

?МЕТОДЫ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ДЕЛЯТСЯ НА ГРУППЫ

- !+системные и местные
- !системные и поверхностные
- местные и поверхностные
- !индивидуальные и системные

?ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- !+гигиену полости рта
- !санацию полости рта
- !ортодонтическое лечение
- !устранение хронических очагов инфекции

?КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+первичной профилактикой
- !вторичной профилактикой
- !третичной профилактикой
- !интерцепцией

?ПРИ РАННЕМ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО

- !+изготовить замещающую конструкцию
- !провести стимуляцию прорезывания постоянных зубов
- !провести сошлифовывание нестёршихся бугров временных моляров
- !установить брекет-систему

?ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- !+удаление над- и поддесневых зубных отложений
- !лечение кариеса
- !открытый кюретаж
- !герметизацию фиссур

?ПРОФИЛАКТИКОЙ ГАЛЬВАНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+изготовление протезов и пломб из однородного металла
- !изготовление протезов и пломб из разных материалов
- !изготовление съёмных протезов с металлическими элементами
- !применение амальгам и золотых вкладок

?ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ С ПОВЕРХНОСТИ ИМПЛАНТАТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТЫ

- !+пластмассовые
- !стальные
- !титановые
- !твёрдосплавные

?ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ЗУБНОЙ НАЛЁТ С ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО УДАЛЯТЬ С ПОМОЩЬЮ

- !+щёточек
- !кюрет
- !Air-flow
- !УЗ-скейлера

?УДАЛЕНИЕ ТВЁРДЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ОТНОСИТСЯ К МЕТОДАМ

- !+профессиональной гигиены
- !индивидуальной гигиены
- !стоматологического просвещения
- !стоматологического обследования

?УДАЛЕНИЕ ТВЁРДЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ОТНОСИТСЯ К МЕТОДАМ

- !+профессиональной гигиены
- !индивидуальной гигиены
- !чистки зубов
- !лечения пародонтитов

?ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ

- !+кальция и фториды
- !растительного происхождения
- !витамины
- !пищевые добавки

?ПРИ ФЛЮРОЗЕ РЕКОМЕНДУЮТ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ

- !+соединения кальция
- !растительные компоненты
- !соединения фтора
- !витамины

?К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ ГАЛИТОЗА ОТНОСЯТ

- !+устранение патологических очагов в полости рта
- !миогимнастику
- !постуральный анализ
- !ношение съёмных ортодонтических аппаратов

?К МЕТОДУ ПРОФИЛАКТИКИ ИСТИННОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОРАЛЬНОГО ГАЛИТОЗА ОТНОСЯТ

!+устранение патологических очагов в полости рта

!лечение аномалий окклюзии

!лечение общих соматических заболеваний

!консультацию остеопата

?ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛОССОВ ЯВЛЯЕТСЯ УДАЛЕНИЕ ЗУБНОГО НАЛЁТА С ПОВЕРХНОСТЕЙ

!+апроксимальных

!вестибулярных

!оральных

!жевательных

?ЗУБНЫЕ ЩЁТКИ ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ УДАЛЕНИЯ

!+мягких зубных отложений

!твёрдых зубных отложений

!пигментированного налёта

!поддесневого зубного камня

?ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЯЗЫКА ИСПОЛЬЗУЮТ

!+скребки

!флоссы

!ополаскиватели

!зубные щётки

?СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ ГАЛИТОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

!маскировка неприятного запаха при помощи дезодорантов

!открытый кюретаж

!устранение патологических очагов в полости рта

!вестибулопластика

?ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ В ПЕРИОД СМЕНЫ ЗУБОВ ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

!+КПУ (з) и кп (з)

!КПУ (з)

!кпу (з)

!ИГР-У

?КПУ (З) ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ

!+интенсивности кариеса постоянных зубов

!интенсивности кариеса временных зубов

!интенсивности кариеса поверхностей

!гигиены полости рта

?ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ПОВЕРХНОСТЕЙ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОЦЕНИВАЕТСЯ ИНДЕКСОМ

!+КПУ (п)

!кпу (п)

!кп (п)

!кпу (п), КПУ (п)

?УДАЛЁННЫЙ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕНИЯ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫЙ МОЛЯР ПРИ РАСЧЁТЕ ИНДЕКСА КПУ (П) БУДЕТ УЧИТЫВАТЬСЯ КАК

!+5 поверхностей

!3 поверхности

!4 поверхности

!2 поверхности

?ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА РНР ОЦЕНИВАЮТ ЗУБНОЙ НАЛЁТ ПО

!+локализации

!кариесогенности

!интенсивности

!толщине

?ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗУБНОГО НАЛЁТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД

!+окрашивания

!перкуссии

!пальпации

!микробиологический

?ЗУБНОЕ ОТЛОЖЕНИЕ, РАСПОЛАГАЮЩЕЕСЯ ПОД МАРГИНАЛЬНОЙ ДЕСНОЙ, НЕВИДИМОЕ ПРИ ВИЗУАЛЬНОМ ОСМОТРЕ, ПЛОТНОЕ И ТВЁРДОЕ, ТЁМНО-КОРИЧНЕВОГО ИЛИ ЗЕЛЁНО-ЧЁРНОГО ЦВЕТА, ПЛОТНО ПРИКРЕПЛЁННОЕ К ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

!+поддесневой зубной камень

!кутикулу

!пелликулу

!зубной налёт

?НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАДДЕСНЕВОЙ ЗУБНОЙ КАМЕНЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ ПОВЕРХНОСТИ

!+язычной нижних резцов

!вестибулярной верхних резцов

!вестибулярной нижних резцов

!нёбной верхних резцов

?РАСТВОР ШИЛЛЕРА-ПИСАРЕВА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ

!+зубного налёта
!кутикулы
!начального кариеса
!пищевых остатков

?ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ОПРЕДЕЛИТЬ НАЛИЧИЕ ПОДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

!+зондирования
!визуального осмотра
!окрашивания йодсодержащим раствором
!микробиологического исследования

?ИНДЕКС ГРИН-ВЕРМИЛЛИОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

!+гигиены полости рта
!интенсивности кариеса
!кровоточивости дёсен
!зубочелюстных аномалий

?ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ФЁДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ ОКРАШИВАЮТСЯ ПОВЕРХНОСТИ

!+вестибулярные 6 нижних фронтальных зубов
!вестибулярные 6 верхних фронтальных зубов
!язычные первых постоянных моляров
!вестибулярные первых постоянных моляров

?ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА РНР ОБСЛЕДУЮТ ЗУБЫ

!+1.6, 1.1, 2.6, 3.6, 3.1, 4.6
!4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3
!1.6, 1.2, 2.4, 3.6, 3.2, 4.4
!1.6, 2.6, 3.6, 4.6

?ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ГРИН- ВЕРМИЛЛИОНА ОБСЛЕДУЮТ ЗУБЫ

!+1.6, 1.1, 2.6, 3.6, 3.1, 4.6
!4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3
!1.6, 1.2, 2.4, 3.6, 3.2, 4.4
!1.6, 2.6, 3.6, 4.6

?С ПОМОЩЬЮ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ИГР-У ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

!+наличие зубного налёта и зубного камня
!степень воспаления десны
!кровоточивость десневой борозды
!степень тяжести зубочелюстных аномалий

?ОКРАШИВАНИЕ ЗУБОВ РАСТВОРАМИ ПРОВОДЯТ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА

!+РНР
!КПУ (э)
!КПУ (п)
!СРІТН

?ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

!+Грин-Вермиллиона
!КПУ
!РМА
!Фёдорова-Володкиной

?ИНДЕКС РНР ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

!+гигиены полости рта
!интенсивности кариеса
!кровоточивости дёсен
!зубочелюстных аномалий

?СЕРОВАТО-БЕЛОЕ, МЯГКОЕ И ЛИПКОЕ ОТЛОЖЕНИЕ, НЕПЛОТНО ПРИЛЕГАЮЩЕЕ К ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

!+мягкий зубной налёт
!пелликулу
!поддесневой зубной камень
!наддесневой зубной камень

?ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА РНР ПРОИЗВОДИТСЯ ОКРАШИВАНИЕ ПОВЕРХНОСТЕЙ 1.6, 2.6 ЗУБОВ

!+вестибулярных
!оральных
!окклюзионных
!апроксимальных

?ИНДЕКС ФЁДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У

!+детей дошкольного возраста
!школьников
!подростков
!взрослых

?ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА РНР ПОВЕРХНОСТЬ ОБСЛЕДУЕМОГО ЗУБА ДЕЛИТСЯ НА КОЛИЧЕСТВО УЧАСТКОВ

!+5

!2

!3

!4

?ИСТОЧНИКОМ МИНЕРАЛОВ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ НАДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЯВЛЯЕТСЯ

!+слюна

!десневая жидкость

!сыворотка крови

!лимфа

?ПЕЛЛИКУЛА ЗУБА ОБРАЗОВАНА

!+гликопротеидами слюны

!коллагеном

!кератином

!органическими кислотами

?К МИНЕРАЛИЗОВАННЫМ ЗУБНЫМ ОТЛОЖЕНИЯМ ОТНОСИТСЯ

!+зубной камень

!пищевые остатки

!пелликула

!мягкий зубной налет

?ЗУБНОЕ ОТЛОЖЕНИЕ, РАСПОЛАГАЮЩЕЕСЯ НАД ДЕСНЕВЫМ КРАЕМ, ОБЫЧНО БЕЛОГО ИЛИ БЕЛОВАТО-ЖЁЛТОГО ЦВЕТА, ТВЁРДОЙ ИЛИ ГЛИНООБРАЗНОЙ КОНСИСТЕНЦИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

!+наддесневой зубной камень

!пелликулу

!мягкий зубной налёт

!налёт курильщика

?ЗУБНОЙ НАЛЁТ БЫСТРЕЕ НАКАПЛИВАЕТСЯ НА ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ ЗУБОВ

!+верхних моляров

!верхних клыков

!нижних клыков

!нижних резцов

?ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЛУБИНЫ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТ

!+пародонтальный зонд

!штыковидный зонд

!серповидный скейлер

!кюрета

?С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА РМА ОПРЕДЕЛЯЮТ

!+степень воспаления десны

!кровоточивость десны

!наличие зубного камня

!наличие зубного налёта

?ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

!+РМА

!Грин-Вермиллиона

!РНР

!Фёдорова-Володкиной

?ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПО ИНДЕКСУ СРІТN У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА ИССЛЕДУЮТ ПАРОДОНТ В ОБЛАСТИ ЗУБОВ

!+1.7/1.6, 1.1, 2.6/2.7, 3.6/3.7, 3.1, 4.6/4.7

!1.6/1.5, 2.1, 2.5/2.6, 3.5/3.6, 4.1, 4.6/4.5

!1.7/1.4, 1.1/2.1, 2.4/2.7, 3.4/3.7, 4.1/3.1, 4.7/4.4

!1.6, 1.1, 2.6, 3.6, 3.1, 4.6

?ИНДЕКС СРІТN У ВЗРОСЛЫХ РЕГИСТРИРУЕТ ПРИЗНАКИ

!+кровоточивость дёсен, зубной камень, пародонтальный карман различной глубины

!зубной налёт, кровоточивость дёсен

!кровоточивость дёсен, зубной камень

!зубной камень, пародонтальный карман

?ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

!+СРІТN

!Грин-Вермиллиона

!РНР

!КПУ

?ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГИНГИВИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС

!+РМА

!СРІТN

!ОНІ-S

!РНР

?ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ИНДЕКСА СРІТN КОД 3 СООТВЕТСТВУЕТ

!+пародонтальному карману глубиной 4-5 мм

!кровоточивости дёсен

!зубному камню

!пародонтальному карману глубиной более 6 мм

?ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА CRITN ПРИЗНАК ЗУБНОГО КАМНЯ СООТВЕТСТВУЕТ КОДУ

!+2

!1

!3

!4

?ВОСПАЛЕНИЕ ДЕСНЕВОГО СОСОЧКА ПО ИНДЕКСУ PMA СООТВЕТСТВУЕТ КОДУ

!+1

!0

!2

!3

?ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТА, ОПРЕДЕЛЯЕМАЯ ПО ИНДЕКСУ CRITN, ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК

!+сумма секстантов с признаками поражения пародонта

!сумма здоровых секстантов

!отношение количества поражённых секстантов к количеству здоровых секстантов

!отношение количества здоровых секстантов к количеству поражённых секстантов

?К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ РЕБЁНКА ЗАНИМАЕТ ПОЛОЖЕНИЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ВЕРХНЕЙ

!+дистальное

!нейтральное

!мезиальное

!латеральное

?ФОРМА ВЕРХНЕЙ ЗУБНОЙ ДУГИ В ПОСТОЯННОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ

!+полуэллипсу

!полукругу

!параболе

!трапеции

?ФОРМА НИЖНЕЙ ЗУБНОЙ ДУГИ В ПОСТОЯННОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ

!+параболе

!полукругу

!полуэллипсу

!трапеции

?АНОМАЛИИ ФОРМЫ И РАЗМЕРА ЗУБОВ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ

!+клиническом

!рентгенологическом

!лабораторном

!иммунологическом

?ДЕТЯМ 2-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА ДЛЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

!+детские зубные пасты на гелевой основе

!зубные пасты с высоким содержанием фторида

!зубной порошок

!гигиенические зубные пасты на меловой основе

?ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С НИЗКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АБРАЗИВНОСТИ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

!пациентами с повышенной чувствительностью твёрдых тканей зубов

!пациентами с воспалительными заболеваниями пародонта

!лицами, злоупотребляющими курением

!пациентами с брекет-системами

?ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ КРОВОТОЧИВОСТИ ДЁСЕН ПАЦИЕНТАМ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ПАСТУ, СОДЕРЖАЩУЮ

!+экстракты лекарственных растений

!фторид натрия

!карбонат кальция

!хлорид стронция

?ПРОТИВПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ДЕТЬМИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+высокое содержание фторида в питьевой воде

!неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта

!наличие у пациента большого количества пломб

!системная гипоплазия эмали

?В УЛЬТРАЗВУКОВЫХ АППАРАТАХ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МИНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ЧАСТОТА КОЛЕБАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ (КГЦ)

!+16-45

!2-6

!7-10

!10-15

?ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СИСТЕМНЫХ МЕТОДОВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ

!+менее половины оптимального

!оптимальное

!субоптимальное
!Больше оптимального

?ОДНОВРЕМЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДВУХ ЭНДОГЕННЫХ МЕТОДОВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ

!+не показано
!показано
!показано, если содержание фторида в питьевой воде оптимальное
!показано, если содержание фторида в питьевой воде больше оптимального

?СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДА НАТРИЯ В 1 ЛИТРЕ ФТОРИРОВАННОГО МОЛОКА СОСТАВЛЯЕТ (МГ)

!+2,5
!1,0
!1,5
!5,0

?ПОЛОСКАНИЯ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИМИ РАСТВОРАМИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА РЕКОМЕНДУЮТ ПРОВОДИТЬ С ВОЗРАСТА (ЛЕТ)

!+6
!3
!10
!12

?В РАЙОНЕ С НИЗКИМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ БУДЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

!+таблеток фторида натрия
!фторидсодержащих растворов для полосканий
!фторидсодержащих зубных паст
!фторидсодержащего лака (геля)

?ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ДЛЯ УМЕРЕННОЙ КЛИМАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ (МГ/Л)

!+1,0
!0,3
!0,5
!0,7

?ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ДЛЯ ЮЖНОЙ КЛИМАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ (МГ/Л)

!+0,7
!0,3
!0,5
!1,0

?ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ПРЕМОЛЯРОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

!+9-12
!12-14
!6-8
!16-18

?ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ВТОРЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

!+12-14
!5-6
!6-8
!9-12

?ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ (МОЛЯРОВ И ПРЕМОЛЯРОВ) РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ

!+сразу
!через 2-3 года
!через 4-6 лет
!через 10-12 лет

?АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МЕТОДА ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ

!+средний или глубокий кариес
!неудовлетворительная гигиена полости рта
!узкие и глубокие фиссуры
!неполное прорезывание коронки зуба

?РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПРИ КАРИЕСЕ

!+в стадии мелового пятна
!среднем
!глубоком
!осложнённом

?ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ

!+проведение профессиональной гигиены
!приём фторидсодержащих препаратов
!реминерализирующая терапия
!уменьшение употребления углеводов

?ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ

!+рациональная гигиена полости рта
!покрытие зубов фторидсодержащим лаком
!реминерализирующая терапия

!герметизация фиссур

?БУГРЫ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ОБЫЧНО СОШЛИФОВЫВАЮТ ДЛЯ

!+профилактики зубочелюстных аномалий

!косметических целей

!профилактики заболеваний пародонта

!улучшения гигиены полости рта

?ПРИ РАННЕМ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

!+съёмное протезирование

!несъёмное протезирование

!стимуляцию прорезывания постоянных зубов

!сошлифовывание нестёршихся бугров временных моляров

?С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПОЛОСКАНИЯ РАСТВОРАМИ ФТОРИДА НАТРИЯ В КОНЦЕНТРАЦИЯХ (%)

!+0,05; 0,1; 0,2

!0,01; 0,02

!0,02; 0,05

!1; 2; 3

?1% И 2% РАСТВОРЫ ФТОРИДА НАТРИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПРИМЕНЯЮТСЯ В ВИДЕ

!+аппликаций

!полосканий

!приёма внутрь

!ротовых ванночек

?ПОКРЫТИЕ ЗУБОВ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИМ ЛАКОМ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО В ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД (ЛЕТ)

!+3-15

!4-10

!6-12

!12-18

?ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНЫХ СРЕДСТВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ В РАЙОНАХ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ БОЛЕЕ 1,5 МГ/Л

!противопоказано

!показано у детей до 12 лет

!показано в сочетании с системными средствами

!показано при неудовлетворительной гигиене полости рта у пациента

?ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ РАСТВОР

!+Боровского - Волкова

!Шиллера - Писарева

!Метиленового синего

!Хлоргексидина

?ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР ГЛЮКОНАТА КАЛЬЦИЯ В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)

!+10

!5

!15

!20

?К РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ РАСТВОР

!+Глюконата кальция 10%

!Перекиси водорода 10%

!Эуфиллина 2,4%

!Метиленового синего 2%

?ДЛЯ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ОЧАГОВ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ РАСТВОР

!+Метиленового синего

!Бриллиантового зелёного

!Хлоргексидина

!Фторида натрия

?ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+Глюконат кальция

!Кальцин

!Фосфат цемент

!Эндометазон

?ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОЖОГА ТКАНЕЙ ДЕСНЫ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО

!изолировать десну

!обработать десну 3% раствором Перекиси водорода

!прополоскать рот Хлоргексидином

!применить слюноотсос

?ПРИМЕНЕНИЕ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩИХ СРЕДСТВ ПРИ ОТБЕЛИВАНИИ ЗУБОВ СПОСОБСТВУЕТ ПРОФИЛАКТИКЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

!+повышенной чувствительности твёрдых тканей зубов

!заболеваний пародонта

!клиновидных дефектов

!повышенной стираемости твёрдых тканей зубов

?ДЛЯ ИНАКТИВАЦИИ НЕРВНЫХ ОКОНЧАНИЙ В ДЕНТИННЫХ КАНАЛЬЦАХ В ЗУБНЫЕ ПАСТЫ ВВОДЯТ СОЕДИНЕНИЯ

- !+калия
- !кальция
- !фтора
- !хлора

?ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ РАСТВОРЫ ФТОРИДА НАТРИЯ ДЛЯ ПОЛОСКАНИЯ В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)

- !+0,2
- !0,05
- !1
- !2

?ОПОЛАСКИВАТЕЛИ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ

- !+после чистки зубов
- !утром
- !вместо чистки зубов
- !перед сном

?ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- !+профессиональное удаление зубных отложений
- !полоскание полости рта фторидсодержащими растворами
- !герметизацию фиссур
- !пломбирование кариозных полостей

?УДАЛЕНИЕ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

- !+воспалительных заболеваний пародонта
- !местной гипоплазии
- !флюороза
- !зубочелюстных аномалий

?ЗНАЧЕНИЕ PH ЗУБНОГО НАЛЁТА, ОЦЕНИВАЕМОЕ КАК КРИТИЧЕСКОЕ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ, СОСТАВЛЯЕТ

- !+5,5-5,7
- !3,5-4,0
- !6,5-7,0
- !7,0-7,5

?КОНЦЕНТРАЦИЯ МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЭМАЛИ ЗУБОВ ВЫШЕ В ОБЛАСТИ

- !+бугров и режущего края
- !пришеечной
- !фиссур и ямок
- !контактных поверхностей

?СНИЖЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ МИНЕРАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В СЛЮНЕ СПОСОБСТВУЕТ

- !+снижению резистентности эмали к действию кислот
- !изменению вязкости слюны
- !реминерализации эмали
- !повышению резистентности эмали к действию кислот

?ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ В РАЙОНАХ С УМЕРЕННЫМ КЛИМАТОМ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/Л)

- !+1,0
- !0,8
- !1,2
- !1,5

?ПРИ ПРИЁМЕ МЯГКОЙ ПИЩИ, СОДЕРЖАЩЕЙ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕГКОФЕРМЕНТИРУЕМЫХ УГЛЕВОДОВ, НАБЛЮДАЕТСЯ

- !+гипосаливация
- !гиперсаливация
- !снижение вязкости слюны
- !увеличение концентрации минеральных элементов

?МИНЕРАЛИЗАЦИЯ («СОЗРЕВАНИЕ») ЭМАЛИ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА НАИБОЛЕЕ АКТИВНО ПРОТЕКАЕТ В ТЕЧЕНИЕ (ЛЕТ)

- !+2
- !5
- !10
- !15

?НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОЧАГИ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА КОРОНКЕ ЗУБА В ОБЛАСТИ

- !+пришеечной
- !режущего края
- !бугров жевательной поверхности
- !язычной поверхности

?ПРИ КАРИЕСЕ В СТАДИИ МЕЛОВОГО ПЯТНА ИЗ ПОВРЕЖДЁННОГО ПОДПОВЕРХНОСТНОГО СЛОЯ ЭМАЛИ ПРОИСХОДИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОТЕРЯ ИОНОВ

- !+кальция
- !фтора
- !хлора
- !натрия

?ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ НАЧИНАЕТСЯ В СЛОЕ

- !+подповерхностном
- !поверхностном
- !среднем
- !глубоком

?ОБРАТИМОСТЬ ПРОЦЕССА ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ОБУСЛОВЛЕНА

- !+сохранением органической основы эмали
- !повышением проницаемости эмали
- !потерей из повреждённого участка ионов кальция
- !образованием пелликулы на поверхности эмали

?СТЕПЕНЬ ПРОНИЦАЕМОСТИ ЭМАЛИ ПРИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ

- !+витального окрашивания эмали
- !зондирования
- !электроодонтодиагностики
- !рентгенологического исследования

?ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА В СТАДИИ МЕЛОВОГО ПЯТНА И ПЯТЕН ПРИ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ

- !+витальное окрашивание эмали раствором Метиленового синего
- !определение гигиенических индексов
- !электроодонтодиагностику
- !микробиологическое исследование

?ПРОЦЕССЫ ИОННОГО ОБМЕНА, МИНЕРАЛИЗАЦИИ, РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ СВОЙСТВО ЭМАЛИ

- !+проницаемость
- !микротвёрдость
- !плотность
- !растворимость

?К НЕКАРИОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ДО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ОТНОСИТСЯ

- !+флюороз
- !кислотный некроз
- !клиновидный дефект
- !эрозия эмали

?К НЕКАРИОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ОТНОСЯТСЯ

- !+клиновидный дефект
- !системная гипоплазия
- !флюороз
- !несовершенный амело - и дентиногенез

?СИСТЕМНЫЙ ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- !+флюорозе
- !местной гипоплазии эмали
- !клиновидном дефекте
- !эрозии эмали

?ПРИЧИНОЙ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ

- !+выше оптимального
- !субоптимальное
- !оптимальное
- !ниже оптимального

?КОЛЛЕКТИВНОЙ МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ФЛЮОРОЗА В ЭНДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+замена водоисточника
- !предупреждение заболеваний у женщин в период беременности
- !соблюдение гигиены полости рта
- !приём витаминов

?У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ С РОЖДЕНИЯ В РАЙОНЕ С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- !+флюороз зубов
- !адентия
- !генерализованный пародонтит
- !множественный кариес

?ПРИ ФЛЮОРОЗЕ ПЯТНА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА

- !+всей
- !жевательной
- !вестибулярной
- !язычной

?НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОРАЖАЮТСЯ ЗУБЫ

- !+постоянные резцы, клыки и первые моляры
- !временные резцы и клыки
- !временные моляры и резцы
- !премоляры и постоянные моляры

?ПОРАЖЕНИЕ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОДНОГО СРОКА МИНЕРАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- !+системной гипоплазии
- !эрозии эмали
- !местной гипоплазии
- !клиновидного дефекта

?ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+заболевания ребёнка на первом году жизни
- !наследственность
- !заболевания матери во время беременности
- !средний кариес зубов у матери в период беременности

?ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+хронический периодонтит временного моляра
- !наследственность
- !заболевания матери в период беременности
- !заболевания ребёнка на первом году жизни

?НЕКАРИОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ИСТИРАНИЕ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

- !+клиновидным дефектом
- !флюорозом
- !системной гипоплазией
- !местной гипоплазией

?ОКРАШИВАНИЕ УЧАСТКОВ ПОРАЖЕНИЯ ЭМАЛИ 1-2% РАСТВОРОМ МЕТИЛЕНОВОГО СИНЕГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- !+кариеса в стадии мелового пятна
- !флюороза
- !системной гипоплазии
- !местной гипоплазии

?ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТОГО МАРГИНАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- !+кровооточивости дёсен
- !пародонтальных карманов
- !ретракции десны
- !атрофии альвеолы

?НАЛИЧИЕ ДЕСНЕВОГО (ЛОЖНОГО) КАРМАНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- !+гиперпластического гингивита
- !катарального гингивита
- !локального хронического гингивита
- !генерализованного хронического пародонтита

?К ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПАРОДОНТА ОТНОСИТСЯ

- !+пародонтит
- !пародонтоз
- !эпулис
- !фиброматоз

?АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ МОГУТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- !+неправильным положением зачатка зуба
- !нарушением функции жевания
- !кариесом
- !гипоплазией эмали

?ПРИЧИНОЙ ДИАСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+низкое прикрепление уздечки верхней губы
- !гингивит
- !гипоплазия эмали
- !скученность зубов

?НАЛИЧИЕ ТРЕМ И ДИАСТЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- !+5-6
- !2-3
- !11 -12
- !14-15

?РАВНОМЕРНАЯ СТИРАЕМОСТЬ БУТРОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ В НОРМЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ОККЛЮЗИИ

- !+смешанной
- !временной
- !постоянной
- !всех видов

?ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ 7.1, 8.1 ЯВЛЯЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ У РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- !+6
- !3
- !10
- !12

?ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЗУБОВ ПРИ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ОБУСЛОВЛЕНА

- !+открытием дентинных канальцев
- !образованием заместительного дентина
- !закрытием дентинных канальцев
- !сужением дентинных канальцев

?К ФАКТОРАМ РИСКА ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ОТНОСЯТ

- !+рецессию десны
- !подвижность зубов
- !деструктивные изменения в альвеоле
- !выделение экссудата из патологического кармана

?ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ ПАЦИЕНТЫ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ЗУБАХ

- !+от внешних раздражителей
- !в ночное время
- !самопроизвольные
- !в период острых респираторных заболеваний

?МЕХАНИЗМ ДЕСЕНСИТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ СОЛЕЙ КАЛИЯ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- !+инактивации нервных окончаний в дентинных канальцах
- !обтурации дентинных канальцев
- !повышении внутриканальцевого давления
- !раскрытии дентинных канальцев

?СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

- !+эпидемиологического стоматологического обследования
- !диспансеризации
- !плановой санации полости рта
- !профилактических мероприятий

?ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ В ОДНОМ РАЙОНЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОСМАТРИВАТЬ В ГРУППЕ НАСЕЛЕНИЯ ОДНОГО ВОЗРАСТА В КОЛИЧЕСТВЕ ЧЕЛОВЕК НЕ МЕНЕЕ

- !+50
- !20
- !30
- !100

?КАЛИБРОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОВОДИТСЯ В ПЕРИОД

- !+подготовительный
- !обследования
- !подведения итогов
- !анализа результатов

?ПРИ КАЛИБРОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ, СОВПАДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (%)

- !+85
- !95
- !70
- !50

?МЕТОДИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- !+6, 12, 15
- !3, 6, 9
- !6, 9, 12
- !9, 12, 15

?ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ ОБСЛЕДУЮТ ВЗРОСЛОЕ НАСЕЛЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- !+35-44
- !18-25
- !25-30
- !30-40

?ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ПРИЗНАКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, К ОБЩЕМУ ЧИСЛУ ОБСЛЕДОВАННЫХ НАЗЫВАЕТСЯ

- !+распространённостью стоматологического заболевания
- !интенсивностью стоматологического заболевания
- !стоматологической заболеваемостью населения
- !уровнем стоматологической помощи населению

?РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВЫРАЖАЕТСЯ В

- !+процентах
- !абсолютных единицах
- !относительных единицах
- !коэффициентах

?ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ ПАЦИЕНТА ВЫРАЖАЕТСЯ

- !+суммой кариозных, пломбированных и удалённых по поводу осложнений кариеса зубов у индивидуума
- !суммой кариозных и пломбированных зубов у индивидуума
- !отношением суммы кариозных, пломбированных и удалённых по поводу осложнений кариеса зубов к возрасту индивидуума
- !отношением суммы кариозных, пломбированных и удалённых по поводу осложнений кариеса зубов к общему количеству зубов у индивидуума

?УРОВНИ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ПО ВОЗ ОПРЕДЕЛЕННЫ ДЛЯ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП (ЛЕТ)

- !+12 и 35-44
- !6 и 12
- !12 и 15
- !35-44 и 65 и старше

?ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- !+СРІ
- !РМА
- !РНР
- !ОHI-S

?СРІ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ

- !+коммунального пародонтального индекса ВОЗ
- !нуждаемости в лечении заболеваний пародонта
- !эффективности гигиены полости рта
- !интенсивности кариеса зубов

?КЛЮЧЕВОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В ПОПУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ (ЛЕТ)

- !+12
- !6
- !15
- !18

?ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДЯТ

- !+врачи-стоматологи
- !гигиенисты
- !стоматологические медицинские сестры
- !санитарные врачи

?СРЕДНЕЕ СНИЖЕНИЕ ПРИРОСТА КАРИЕСА ОТ ПРИМЕНЕНИЯ ФТОРИДСОДЕРЖАЩЕГО ЛАКА СОСТАВЛЯЕТ (%)

- !+30-40
- !70-80
- !10-20
- !50-60

?ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДА ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР СОСТАВЛЯЕТ (%)

- !+80 - 100
- !40 - 50
- !60 - 70
- !20 - 30

?ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ РАЗДЕЛ

- !+выбора методов и средств
- !оценки квалификации нестоматологического персонала
- !определения противопоказаний для профилактических средств
- !оценки образовательного уровня населения

?ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ РАЗДЕЛА

- !+оценки эффективности программы
- !диспансеризации населения
- !оценки квалификации педагогов и воспитателей
- !оценки общего уровня здоровья населения

?ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

- !+динамику демографических процессов населения
- !метеорологическую карту региона
- !количество потребляемой соли на человека
- !онкологическую заболеваемость

?ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

- !+экологию окружающей среды
- !наличие водных ресурсов в регионе
- !кп зубов у лиц 65 лет и старше
- !количество детей, привитых от вирусных заболеваний

?ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ В РЕГИОНЕ

- !+наличие стоматологического персонала и материальных ресурсов
- !количество рентгеновских аппаратов в стоматологических клиниках
- !количество частных кабинетов
- !количество стоматологов пенсионеров

?ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

- !+стоматологическую заболеваемость в регионе
- !количество потребляемой жевательной резинки в год на человека
- !содержание карбоната кальция в воде
- !количество лиц, болеющих туберкулёзом

?ЗАДАЧЕЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА

!+RHP
!КПУ(з) и КПУ (п)
!СР1
!RMA

?ЗАДАЧЕЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПО СНИЖЕНИЮ ИНТЕНСИВНОСТИ И РАСПРОСТРАНЁННОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА

!+КПУ(з) и КПУ (п)
!RHP
!ИГР-У
!ARI

?ЗАДАЧЕЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ПОРАЖЁННЫХ СЕКСТАНТОВ ПО ИНДЕКСУ

!+СР1
!RHP
!ARI
!Фёдорова-Володкиной

?В ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ УЧАСТВУЮТ

!+стоматолог, гигиенист стоматологический
!стоматолог, отоларинголог
!стоматолог, менеджер по продажам
!гигиенист, бухгалтер

?ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

!+снижению количества поражённых секстантов по индексу СР1
!снижению интенсивности кариеса зубов
!уменьшению распространённости кариеса корня зуба
!снижению распространённости флюороза по индексу Dean

?ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ ОЦЕНИВАЮТ ПО ДИНАМИКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА (ОВ)

!+КПУ, кп
!СР1ТН
!ИГР-У
!RHP

?ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА ОЦЕНИВАЮТ ПО ДИНАМИКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

!+индекса ИГР-У
!индексов КПУ, кп
!распространённости кариеса зубов
!индекса RMA

?РАЗЛИЧАЮТ ОЦЕНКУ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ

!+предварительную, промежуточную, окончательную
!подготовительную, предварительную, окончательную
!предварительную, организационную, окончательную
!подготовительную, предварительную, финальную

?ВЫБОР МЕТОДОВ И СРЕДСТВ ПРИ ВНЕДРЕНИИ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИТ ОТ

!+содержания фторида в питьевой воде
!количества педагогов в школах
!количества воспитателей в детских садах
!уровню потребления основных продуктов питания на душу населения

?ЗУБНОЙ ЩЁТКОЙ С ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА УДАЛЯЕТСЯ

!+мягкий зубной налёт
!поддесневой зубной камень
!налёт курильщика
!наддесневой зубной камень

?МЕТОД ЧИСТКИ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОМ ОЧИЩЕНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ ПРОИЗВОДИТСЯ КРУГОВЫМИ ДВИЖЕНИЯМИ, НАЗЫВАЕТСЯ

!+круговым Fones
!Leonard
!Stillman
!стандартным Г.Н. Пахомова

?ПРИ ОЧИЩЕНИИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ И ОРАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ ПРИ СТАНДАРТНОМ МЕТОДЕ ЧИСТКИ ЗУБОВ ДВИЖЕНИЯ ГОЛОВКИ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ СОВЕРШАЮТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ

!+вертикальном (от десны к режущему краю или жевательной поверхности)
!вертикальном (от режущему краю или жевательной поверхности к десне)
!горизонтальном (вправо-влево, вперёд-назад, параллельно десне)
!головка зубной щётки совершает круговые движения против часовой стрелки

?МЕТОД ЧИСТКИ ЗУБОВ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЙ ДЕЛЕНИЕ ЗУБНОГО РЯДА НА СЕГМЕНТЫ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ОЧИЩЕНИЕ ЗУБОВ КАЖДОГО СЕГМЕНТА, НАЧИНАЯ С ВЕРХНИХ ПРАВЫХ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ МЕТОДОМ

!+стандартным Г.Н. Пахомова
!круговым Fones
!Stillman
!Bass

?КРУГОВОЙ МЕТОД ЧИСТКИ ЗУБОВ FONES РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ

!+детям дошкольного возраста

!школьникам

!взрослым

!лицам пожилого возраста

?ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧИСТКИ ЗУБОВ ПАЦИЕНТОМ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО

!+способность пациента удалять налёт со всех поверхностей зубов

!время, требуемое для чистки всех зубов

!метод, по которому происходит движение от зуба к зубу

!средства гигиены полости рта, которые использует пациент

?ВРЕМЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ МАНУАЛЬНОЙ ЗУБНОЙ ЩЁТКОЙ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (МИН)

!+2-3

!1-1,5

!3,5- 4

!4,5- 6

?УДАЛЕНИЕ МИНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

!+профессиональной гигиены полости рта

!индивидуальной гигиены полости рта

!контролируемой чистки зубов

!реминерализирующей терапии

?ПЕРВЫМ ЭТАПОМ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ЧИСТКИ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

!+определение гигиенического состояния полости рта пациента

!обучение пациента чистке зубов на моделях

!самостоятельная чистка зубов пациентом

!индивидуальный подбор пациенту средств гигиены полости рта

?ПОСЛЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ

!+покрытие зубов фторидсодержащим лаком

!герметизацию фиссур

!окрашивание зубов йодсодержащим раствором

!контролируемую чистку зубов

?ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА КОНТАКТНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ОЧИЩАТЬ ОТ НАЛЁТА С ПОМОЩЬЮ

!+зубных нитей

!резиновых колпачков и полировочных паст

!щёточек и полировочных паст

!зубной щётки и пасты

?ДЛЯ РУЧНОГО УДАЛЕНИЯ ПОДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТ

!+кюрету

!штопфер

!пародонтальный зонд

!пинцет

?ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНОГО КАМНЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТЫ

!+серповидные скейлеры, кюреты

!зонд, зеркало, пинцет

!экскаватор, штопфер, гладилку

!кюретажные ложки, дрельборы, шпатель

?ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОЛОСКАНИЯ 0,2% РАСТВОРОМ ФТОРИДА НАТРИЯ ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В

!+2 недели

!неделю

!день

!полгода

?ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОЛОСКАНИЯ 0,1% РАСТВОРОМ ФТОРИДА НАТРИЯ ПРОВОДЯТ 1 РАЗ

!+неделю

!день

!2 недели

!полгода

?ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОЦЕДУРЫ ПОКРЫТИЯ ЗУБОВ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИМ ЛАКОМ ПЕРВОЙ ПРОВОДИТСЯ МАНИПУЛЯЦИЯ

!+очищение зубов от налёта

!нанесение фторидсодержащего лака

!высушивание зубов

!изоляция от слюны

?ИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЗУБОВ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПОКРЫТИЕ ФИССУРЫ СИЛАНТОМ ПОСЛЕ

!+раскрытия фиссуры

!коррекции прикуса

!профессионального очищения фиссуры

!контролируемой чистки зубов

?ГИГИЕНИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ МЕТОДА ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР, ВКЛЮЧАЮТ

!+очищение жевательной поверхности зуба с помощью вращающейся щётки и полировочной пасты

!полоскание полости рта антисептическим раствором

!полоскание полости рта водой

!очищение контактных поверхностей зубов флоссами

?ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЗУБОВ МОЖЕТ ПОЯВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

!+излишнего полирования обнажённых корней зубов

!проведения контролируемой чистки зубов

!окрашивания зубного налёта в труднодоступных местах

!аппликаций реминерализующими растворами

?ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+удаление разрушенных зубов

!отказ от приёма крепких спиртных напитков

!обработка противовоспалительными мазями

!тщательный уход за полостью рта

?ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+сошлифовывание острых краёв зубов, пломб

!исключение из рациона горячей пищи

!применение кератопластических средств

!устранение вредной привычки приёма алкоголя

?ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+изготовление новых и коррекция старых протезов

!лечение бруксизма

!назначение полосканий настоями трав

отказ от курения папирос без фильтра

?ПРОФИЛАКТИКОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГАЛЬВАНИЗМА В ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+изготовление протезов и пломб из однородных металлов

!регулярная очистка и дезинфекция протезов

!изготовление протезов и пломб из разнородных металлов

!тщательный уход за полостью рта

?МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ КАНДИДОМИКОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ

!+неудовлетворительная гигиена полости рта

!курение

!приём мягкой пищи

!гипосаливация

?МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ КАНДИДОМИКОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ

!+наличие воспалительных заболеваний пародонта

!чрезмерное употребление легкоферментируемых углеводов

!скученность зубов

!наличие заболеваний слюнных желёз

?МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ КАНДИДОМИКОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ

!+длительное ношение пластмассовых протезов без соответствующего ухода за ними

!приём раздражающей пищи

!вредная привычка прикусывания щёк

!наличие протезов, изготовленных из разнородных металлов

?ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

!+противовирусные мази

!антибиотики

!витамины

!десенсибилизирующие препараты

?ПРОФИЛАКТИКОЙ КОНТАКТНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СТОМАТИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

!+изготовление протезов из индифферентных материалов

!устранение вредных привычек

!лечение кариеса

!удаление разрушенных зубов

?ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА И ПРЕДРАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+предупреждение и устранение профессиональных вредностей

!приём антибиотиков

!устранение хронических очагов инфекции в полости рта

!гигиена полости рта

?ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА И ПРЕДРАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+предупреждение и устранение хронических механических, физических и химических травм

!сбалансированное питание

!гигиена полости рта

!устранение хронических очагов инфекции в полости рта

?ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА И ПРЕДРАКА ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ

!+предупреждение и устранение избытка солнечного излучения

!приём антибиотиков
!сбалансированное питание
!гигиена полости рта

?ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА И ПРЕДРАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+предупреждение и устранение гальванизма
!приём антибиотиков
!сбалансированное питание
!устранение хронических очагов инфекции в полости рта

?ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА И ПРЕДРАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+отказ от слишком горячей и раздражающей пищи
!сбалансированное питание
!устранение хронических очагов инфекции в полости рта
!приём антибиотиков

?ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+курение
!острый герпетический стоматит
!соматические заболевания
!хронический очаг инфекции в полости рта

?ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта
!солнечное излучение
!наличие инфекционных заболеваний
!приём десенсибилизирующих препаратов

?ПРОФИЛАКТИКОЙ ЭКСФОЛИАТИВНОГО ХЕЙЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+использование гигиенической помады
!сбалансированное питание
!приём витаминов
!лечение кариеса зубов

?ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ЗУБОВ РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

!+мягкую резиновую щётку-напальчник
!ватный тампон
!детскую зубную щётку
!детскую зубную щётку и гелевую зубную пасту

?ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО 3 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ ЗУБНУЮ ЩЁТКУ

!+очень мягкую
!мягкую
!средней жёсткости
!жёсткую

?ДЛЯ БОЛЕЕ ТЩАТЕЛЬНОГО ОЧИЩЕНИЯ ВСЕХ ПОВЕРХНОСТЕЙ И УЧАСТКОВ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ЩЁТКУ С ФОРМОЙ ПОДСТРИЖКИ ВОЛОКОН РАБОЧЕЙ ЧАСТИ

!+различной высоты и направлением пучков щетины
!прямой
!V-образной
!выпуклой

?ИНДИКАТОРНЫЕ ЩЕТИНКИ ИМЕЮТСЯ У ЗУБНЫХ ЩЁТОК ДЛЯ

!+определения срока замены щётки
!улучшения эстетического вида
!наиболее эффективного очищения межзубных промежутков
!наиболее эффективного очищения зубов в стадии прорезывания

?ЗУБНАЯ ЩЁТКА С ПРОДОЛЬНЫМ V-ОБРАЗНЫМ УГЛУБЛЕНИЕМ РАБОЧЕЙ ЧАСТИ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

!+ухода за полостью рта пациентов с брекет-системами
!очищения дистальной поверхности последнего зуба в зубном ряду
!очищения межзубных промежутков
!ухода за полостью рта пациентов с заболеваниями пародонта

?СТЕПЕНЬ ЖЁСТКОСТИ ЩЕТИНЫ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ ОБЫЧНО УКАЗЫВАЕТСЯ

!+на упаковке
!на ручке
!на рабочей части
!в инструкции производителя

?ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ЩЁТКУ

!+мягкую
!очень мягкую
!средней жёсткости
!жёсткую

?ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ТРЕБОВАНИЙ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫХ К ЗУБНЫМ ЩЁТКАМ, ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

!+искусственного волокна

!натуральной щетины
!индикаторных щетинок
!прямой ручки

?СИЛОВОЙ (АКТИВНЫЙ) ВЫСТУП ИМЕЕТСЯ У ЗУБНЫХ ЩЁТОК ДЛЯ
!+очистения дистальной поверхности последнего зуба в зубном ряду
!наиболее эффективного очищения межзубных промежутков
!определения срока замены щётки
!улучшения эстетического вида щётки

?ОДНИМИ ИЗ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ЗУБНЫХ ПАСТ ЯВЛЯЮТСЯ
!+абразивные вещества
!антисептики
!экстракты лекарственных растений
!солевые добавки

?В КАЧЕСТВЕ АКТИВНОГО КОМПОНЕНТА В ПРОТИВОКАРИОЗНЫХ ЗУБНЫХ ПАСТАХ ИСПОЛЬЗУЮТ
!+фториды
!пирофосфаты
!экстракты лекарственных растений
!хлоргексидин

?В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ВВОДЯТ
!+экстракты лекарственных растений
!фторид натрия
!карбонат кальция
!карбамид

?В КАЧЕСТВЕ ПЕНООБРАЗУЮЩЕГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ВВОДИТСЯ
!+лаурилсульфат натрия
!дикальцийфосфат
!полиэтиленгликоль
!фторид натрия

?ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ НЕ СОДЕРЖАТ В СВОЁМ СОСТАВЕ
!+экстракты лекарственных растений
!увлажняющие компоненты
!абразивные вещества
!гелеобразующие компоненты

?ПРОТИВОКАРИОЗНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕНО ВВЕДЕНИЕМ В ИХ СОСТАВ
!+фторидов
!пирофосфатов
!экстрактов лекарственных растений
!хлоргексидина

?ГЛИЦЕРИН ВХОДИТ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ КАК КОМПОНЕНТ
!+увлажняющий
!абразивный
!пенообразующий
!ароматизирующий

?ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ ОБЛАДАЮТ ДЕЙСТВИЕМ
!+очищающим
!регенерирующим
!отбеливающим
!десенсибилизирующим

?ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С СОЛЕВЫМИ ДОБАВКАМИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ
!+противовоспалительных
!противокариозных
!снижающих чувствительность твёрдых тканей зубов
!отбеливающих

?ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ЗУБНЫХ ПАСТ ЯВЛЯЮТСЯ
!+пенообразующие вещества
!солевые добавки
!экстракты лекарственных растений
!витамины

?СОЕДИНЕНИЯ КАЛЬЦИЯ МОГУТ ВХОДИТЬ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ В КАЧЕСТВЕ КОМПОНЕНТА
!+противокариозного
!связующего
!отбеливающего
!пенообразующего

?ПЛАСТИЧНОСТЬ И ОДНОРОДНОСТЬ КОНСИСТЕНЦИИ ЗУБНЫХ ПАСТ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ВХОДЯЩИМИ В ИХ СОСТАВ КОМПОНЕНТАМИ
!+связующими
!абразивными

!пенообразующими
!ароматизирующими

?ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С ВЫСОКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АБРАЗИВНОСТИ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

!+лицами, злоупотребляющими курением
!основной массой населения
!пациентами с повышенной чувствительностью твёрдых тканей зубов
!детьми дошкольного возраста

?ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ЗУБНЫХ ПАСТ ЯВЛЯЮТСЯ

!+связующие вещества
!экстракты лекарственных растений
!витамины
!антисептики

?В КАЧЕСТВЕ АБРАЗИВНОГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ВВОДЯТ

!+дикальцийфосфат
!монофторфосфат натрия
!хлорид стронция
!гидроксиапатит

?ПРОТИВОКАРИОЗНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕНО ВВЕДЕНИЕМ В ИХ СОСТАВ

!+соединений кальция
!пирофосфатов
!экстрактов лекарственных растений
!хлоргексидина

?ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ В КАЧЕСТВЕ АКТИВНОГО КОМПОНЕНТА ВВОДЯТ

!+хлорид стронция, нитрат калия, гидроксиапатит
!пирофосфаты, солевые добавки
!экстракты лекарственных растений, хлоргексидин
!ферменты, витамины

?ЛАУРИЛСУЛЬФАТ НАТРИЯ ВХОДИТ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ КАК КОМПОНЕНТ

!+пенообразующий
!абразивный
!увлажняющий
!ароматизирующий

?МОНОФТОРФОСФАТ НАТРИЯ В СОСТАВЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ОБУСЛАВЛИВАЕТ ИХ ДЕЙСТВИЕ

!+противокариозное
!противовоспалительное
отбеливающее
!десенсиитивное

?ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ВВОДЯТ

!+триклозан
!фторид натрия
!экстракты лекарственных растений
!карбамид

?ВИТАМИНЫ А И Е ВВОДЯТ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ДЛЯ

!+ускорения регенерации слизистой оболочки полости рта
!профилактики кариеса
!уменьшения образования зубных отложений
!улучшения общего состояния организма

?В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА ВВОДЯТ

!+хлоргексидин
!этиловый спирт
!фторид олова
!монофторфосфат натрия

?ПАЦИЕНТАМ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ ДЛЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОГО ОЧИЩЕНИЯ ПРОСТРАНСТВА МЕЖДУ ДУГОЙ И ЗУБАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

!+зубные ёршики
!зубную щётку с ровной подстрижкой щетиной
!электрическую зубную щётку
!зубочистки

?ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ ОТ НАЛЁТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

!+зубные нити
!зубную щётку и зубную пасту
!вращающуюся щёточку и полировочную пасту
!зубочистки

?ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗУБНЫХ НИТЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНОГО НАЛЁТА С ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ

!+проксимальных
!вестибулярных
!окклюзионных

!оральных

?ЗУБОЧИСТКИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

- !+остатков пищи из межзубных промежутков
- !зубного налёта с гладких поверхностей зубов
- !зубного налёта с контактных поверхностей зубов
- !зубного камня

?ПАЦИЕНТАМ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ ДЛЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОГО ОЧИЩЕНИЯ ПРОСТРАНСТВА МЕЖДУ ДУГОЙ И ЗУБАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- !+суперфлоссы
- !мануальную зубную щётку
- !электрическую зубную щётку
- !зубочистки

?ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРИДА В ЗУБНЫХ ПАСТАХ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (PPM)

- !+1000
- !500
- !2000
- !5000

?В РАЙОНЕ С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

- !+фторидсодержащие
- !кальцийсодержащие
- !гигиенические
- !с растительными добавками

?ПАЦИЕНТАМ С КЛИНОВИДНЫМ ДЕФЕКТОМ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ЩЁТКУ

- !+мягкую
- !средней жёсткости
- !жёсткую
- !очень жёсткую

?ДЛИТЕЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЁСТКОЙ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ И ВЫСОКОАБРАЗИВНОЙ ЗУБНОЙ ПАСТЫ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ

- !+клиновидного дефекта твёрдых тканей зубов
- !гипоплазии эмали
- !флюороза
- !очагов деминерализации эмали

?ПАЦИЕНТАМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ РЕКОМЕНДУЮТ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЗУБНОЙ ЩЁТКОЙ

- !+мягкой
- !средней степени жёсткости
- !жёсткой
- !очень жёсткой

?ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЕСТКОЙ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ

- !+повышенной чувствительности твёрдых тканей зуба
- !гиперплазии эмали
- !гипоплазии эмали
- !флюорозу

?ЖЁСТКОСТЬ ВОЛОКНА ЗУБНОЙ ЩЁТКИ, РЕКОМЕНДУЕМОЙ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ, ДОЛЖНА БЫТЬ

- !+очень мягкой и мягкой
- !мягкой и средней
- !средней и жёсткой
- !жёсткой и очень жёсткой

?СТЕПЕНЬ АБРАЗИВНОСТИ ЗУБНЫХ ПАСТ, РЕКОМЕНДУЕМЫХ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ, ДОЛЖНА БЫТЬ

- !+низкой
- !средней
- !высокой
- !без содержания абразива

?ДЛЯ ОБТУРАЦИИ ДЕНТИННЫХ КАНАЛЬЦЕВ С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ В ЗУБНЫЕ ПАСТЫ ВВОДЯТ

- !+соединения фтора, кальция, стронция
- !лаурилсульфат натрия, лаурилсаркозинат натрия, спирт
- !сорбитол, глицерин, пропиленгликоль
- !диоксид кремния, двуокись кремния, химически осаждённый мел

?ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ КРОВОТОЧИВОСТИ ДЁСЕН НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

- !+с растительными добавками
- !фторидсодержащие
- !кальцийсодержащие
- !отбеливающие

?ЭКЗОГЕННЫМ МЕТОДОМ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+покрытие зубов фторидсодержащим лаком
- !фторирование питьевой воды
- !фторирование молока
- !приём таблеток Фторида натрия

?ТАБЛЕТКИ ФТОРИДА НАТРИЯ ДЕТЯМ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИМЕНЯТЬ

- !+каждый день
- !через день
- !1 раз в неделю
- !1 раз в месяц

?ОКРАШИВАНИЕ ОЧАГА ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ РАСТВОРОМ МЕТИЛЕНОВОГО СИНЕГО ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ

- !+повышения проницаемости эмали в зоне поражения
- !снижения pH зубного налёта
- !нарушения Ca/P соотношения эмали
- !разрушения поверхностного слоя эмали

?КАРИЕС В СТАДИИ МЕЛОВОГО ПЯТНА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- !+пятнистой формой флюороза
- !клиновидным дефектом
- !средним кариесом
- !эрозией эмали

?ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+своевременное лечение кариеса временных зубов
- !реминерализирующая терапия
- !полноценное питание ребёнка на первом году жизни
- !приём фторидсодержащих таблеток

?КОНСТРУКЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ У ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ

- !+съёмный пластиночный
- !вкладки
- !мостовидный
- !консольный

?ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ, СМЫКАНИЯ ГУБ, ГЛОТАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ

- !+миогимнастика
- !избирательное шлифование нестёршихся бугров временных зубов
- !удаление сверхкомплектных зубов
- !динамическое наблюдение

?ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНОГО КАМНЯ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКА ИСПОЛЬЗУЮТ АППАРАТ

- !+Пьезон-Мастер»
- !«Pluraflex»
- !«Диагност»
- !апекслокатор

?ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ НАДЁЖНОЙ ИЗОЛЯЦИИ ЗУБА ОТ СЛЮНЫ ВО ВРЕМЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР МАТЕРИАЛОМ ВЫБОРА СЛУЖИТ

- !+стеклоиономерный цемент
- !химиотверждаемый герметик
- !светотверждаемый герметик
- !композиционный пломбировочный материал

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА В СТАДИИ МЕЛОВОГО ПЯТНА ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПРИМЕНЕНИЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩИХ СРЕДСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+очищение от зубного налёта
- !изоляция от слюны
- !высушивание
- !апликация реминерализирующего средства

?В ВОЗНИКНОВЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ МИКРООРГАНИЗМАМ

- !+стрептококкам
- !актиномицетам
- !вирусам
- !стафилококкам

?В ВОЗНИКНОВЕНИИ КАРИЕСА ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ СВОЙСТВО МИКРООРГАНИЗМОВ

- !+образовывать органические кислоты
- !приспосабливаться к изменяющимся условиям внешней среды
- !вызывать дисбактериоз
- !выделять экзотоксины

?НАИБОЛЬШАЯ ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ОТМЕЧАЕТСЯ НА ЗУБАХ

- !+в пришеечной области, ямках, фиссурах
- !в области бугров, режущего края
- !на контактных поверхностях
- !на вестибулярной и язычной поверхностях

?РЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОВОЙ

- !+восстановление минерального состава эмали
- !потерю кальция, фосфатов из подповерхностного слоя эмали
- !разрушение структуры эмали под действием органических кислот
- !восстановление гомеостаза в полости рта

?ПРОЦЕССЫ МИНЕРАЛИЗАЦИИ И РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ОБЕСПЕЧИВАЮТСЯ ЗА СЧЁТ ПОСТУПЛЕНИЯ ИЗ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

!+кальция, фосфатов, фторидов

!кислорода, водорода

!белков, витаминов

!органических кислот

?КАРИЕС В СТАДИИ МЕЛОВОГО ПЯТНА ПОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭМАЛИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЕЁ

!+деминерализации

!минерализации

!реминерализации

!созревания

?ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта

!наследственность

!инфекционные заболевания ребёнка на первом году жизни

!высокое содержание фторида в питьевой воде

?ФЛЮОРОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА

!+выше оптимального

!низким

!субоптимальным

!оптимальным

?ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+горизонтальные движения зубной щёткой

!чрезмерное употребление углеводов

!повышенное содержание фторида в питьевой воде

!неудовлетворительная гигиена полости рта

?ПРИЧИНОЙ ИСТИРАНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ МОЖЕТ БЫТЬ

!+постоянное использование высокоабразивных средств гигиены полости рта

!высокое содержание фторида в питьевой воде

!низкое содержание фторида в питьевой воде

!употребление углеводистой пищи

?ОСНОВНЫМ МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+наличие микробного налёта

!наследственность

!вредные привычки

!наличие эндокринной патологии

?ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ЛОКАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

!+скученность зубов

!бруксизм

!ксеростомия

!употребление пищи, богатой клетчаткой

?РОСТКОВАЯ ЗОНА КОРНЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ОЧАГ РАЗРЕЖЕНИЯ КОСТИ

!+ограниченный по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом

!с чёткими контурами у верхушки корня с гиперцементозом

!с нечёткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом

!с нечёткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с узким каналом

?К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСЯТ

!+«симптом ступени», диплопию

!деформацию носа, гематому

!нарушение прикуса

!симптом Венсана

?К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСЯТ

!+«симптом ступени», затруднённое открывание рта

!деформацию носа, гематому

!парез ветвей лицевого нерва

!кровотечение из носа, головокружение

?ПРИ ОЖОГЕ III (Б) СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ

!+эпидермис и дерма

!кожа и подлежащие ткани

!поверхностные слои эпидермиса

!поверхностный эпидермис и капилляры

?ПРИ ОЖОГЕ IV СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ

!+кожа и подлежащие ткани

!поверхностный эпидермис и нервы

!поверхностный эпидермис и капилляры

!все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

?К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ОСТРОГО АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ОТНОСЯТ

!+боль, ограничение открывания рта
!тризм жевательных мышц
!околоушный гипергидроз
!боль в шейном отделе позвоночника, иррадирующую в ВНЧС

?МИНИПЛАСТИНЫ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ ИЗ

!+титана
!нержавеющей стали
!бронзы
!алюминия

?НАРУШЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИВОДИТ К АНОМАЛИИ ЗУБНОГО РЯДА

!+сужению верхнего
!расширению нижнего
!расширению верхнего
!уплощению верхнего во фронтальном отделе

?ПРИЧИНОЙ УПЛОЩЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО УЧАСТКА НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ

!+укорочение уздечки языка
!снижение тонуса круговой мышцы рта
!нарушение носового дыхания
!макроглоссия

?АБСЦЕСС ОТГРАНИЧЕН МЕМБРАНОЙ

!+пиогенной
!базальной
!шнейдеровской
!полупроницаемой

?О НАЛИЧИИ ЛИКВОРЕИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ НОСА ИЛИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

!+положительный тест двойного пятна
!повышение СОЭ в крови
!лейкоцитоз
!снижение гемоглобина в крови

?НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПОДБОРОДОЧНОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО

!+ущемлением нижнелуночкового нерва
!отёком костного мозга
!сдавлением нерва гематомой
!развитием ишемии

?ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+открытый прикус
!кровотечение из носа
!разрыв слизистой альвеолярного отростка
!парез ветвей лицевого нерва

?К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ, КОСТЕЙ НОСА И СКУЛОВОЙ ДУГИ ОТНОСЯТ

!+вторичные деформации лицевого черепа
!гипосаливацию
!нарушение прикуса
!парез ветвей лицевого нерва

?НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+кровотечение
!гипосаливация
!тромбофлебит вен лица
!потеря сознания

?НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+шок
!ликворея
!гипертонический криз
!потеря сознания

?К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ

!+слюнные свищи
!дисфонию
!ОРВИ
!потерю зрения

?ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

!+рубцовая контрактура
!асфиксия
!гиперсаливация
!дисфункция ВНЧС

?ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ

!+гистологическое исследование

!радиоизотопное исследование
!электроодонтодиагностика
!контрастная сиалография

?ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ФИБРОЗНАЯ ДИСПАЗИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ

!+компьютерная томография
!радиоизотопное исследование
!мастикациография
!биохимический анализ крови

?ДИАГНОЗ "АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС)" СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ

!+клинико-рентгенологического исследования
!данных клинического анализа крови
!положительного теста двойного пятна
!кожных проб

?ПРИЧИНОЙ ОСТЕОАРТРОЗА МОЖЕТ БЫТЬ

!+неправильное зубопротезирование
!хронический сиалоаденит
!регионарный лимфаденит
!образование рубцовых изменений тканей, окружающих нижнюю челюсть

?РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ К ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

!+общей
!неэпидемическими заболеваниями
!эпидемическими заболеваниями
!госпитализированной

?ИМПЛАНТАЦИЯ ОТНОСИТСЯ К СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

!+узкоспециализированной
!квалифицированной
!специализированной
!неотложной

?КРАТНОСТЬ ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ СТОМАТОЛОГОМ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

!+2 раза в год
!6 раз в год
!3 раза в год
!по показаниям

?МОЩНОСТЬ ВОЛЬНИЦЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

!+числом коек
!числом работающих врачей
!фондом заработной платы
!числом обращений пациентов

?ВРАЧУ-СТОМАТОЛОГУ ПЕРЕД НАЧАЛОМ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА СОВМЕСТНО С ПАЦИЕНТОМ НЕОБХОДИМО ОФОРМИТЬ

!+добровольное информированное согласие
!амбулаторную карту пациента
!листок нетрудоспособности
!талон пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях

?ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА В ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

!+медицинская карта стоматологического больного (формы №043/у)
!листок ежедневного учёта работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (форма №037/у-88)
!контрольная карта диспансерного наблюдения (форма №030/у)
!журнал учёта профилактических осмотров полости рта (форма №049/у)

?СОГЛАСНО ПОРЯДКУ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ, ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ, ПРОВОДЯТСЯ С КРАТНОСТЬЮ

!+1 раз в год
!2 раза в год
!ежеквартально
!по потребности

?ДЕТСКИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ РАБОТАЮТ ПО МЕТОДУ

!+плановой санации
!профилактических мероприятий
!ранней диагностики и радикального лечения при островоспалительных процессах
!санации полости рта у всего декретированного населения

?ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ И СТЕРИЛИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОТВЕЧАЕТ

!+главный врач
!главная медсестра
!врач-эпидемиолог
!заместитель главного врача по лечебной работе

?ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАЦИЯ О

!+стоматологическом статусе населения

! динамике демографических процессов в регионе
! состоянии окружающей среды
! имеющемся персонале и материальных ресурсах

? «КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО» (Ф. №030/У) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДОКУМЕНТОМ
! +учётным
! юридическим
! диагностическим
! отчётным

? ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ СТРАХОВАНИЯ
! +социального
! индивидуального
! коллективного
! дополнительного

? ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
! +клиническое обследование
! анализ моделей челюстей
! рентгенологический метод
! графический метод

? ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТЬ ЛИЦА ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
! +измерением третей лица
! относительно средней линии лица
! определением типа профиля по Риккетс
! определением индекса Изара

? КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБА ЭШЛЕРА-ВИТНЕРА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ПРИКУСЕ
! +дистальном
! мезиальном
! перекрестном
! глубоком

? РЕТЕНЦИОННЫЙ ПЕРИОД У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ
! +в 2 раза дольше периода активного ортодонтического лечения
! длительность периода активного ортодонтического лечения
! до 18 лет
! в 3 раза дольше периода ортодонтического лечения

? ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА У ДЕТЕЙ - СОН НА ОДНОМ БОКУ - ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ
! +перекрёстной окклюзии
! мезиальной окклюзии
! дистальной окклюзии
! вертикальной резцовой дизокклюзии

? АНАЛИЗ ПО БОЛТОНУ ПОКАЗЫВАЕТ
! +пропорциональность размеров верхних и нижних зубов
! нарушение размера зубного ряда в трансверсальном направлении
! нарушение размера зубного ряда в сагиттальном направлении
! нарушение размера апикального базиса

? ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИЯ ДОСЛОВНО ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОГРАФИЕЙ
! +на расстоянии
! с применением tv-антенны
! где вместо плёнки используют tv-экран
! с максимальным приближением рентгеновской трубки к объекту

? ЛИЦЕВАЯ МАСКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ АППАРАТ
! +съёмный ортопедического действия для коррекции мезиальной окклюзии
! несъёмный ортодонтический, используемый для коррекции роста нижней челюсти
! несъёмный ортодонтический, используемый для коррекции дистальной окклюзии
! функциональный ортодонтический, направленный на устранение вредных привычек

? РЕТЕНЦИОННЫЙ АППАРАТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ
! +для стабилизации ортодонтического результата лечения
! для расширения верхней челюсти
! комбинированного типа действия
! для коррекции ретенции отдельных зубов

? ПЕРЕКРЕСТНЫМ ПРИКУСОМ НАЗЫВАЕТСЯ
! +аномалия прикуса в трансверсальном направлении
! аномалия формы зубных рядов
! аномалия размера зубного ряда
! избыточный наклон группы зубов в вестибулярном направлении

? ТОРТОАНОМАЛИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ
! +аномалия положения отдельных зубов, при которой зуб развёрнут вокруг своей оси
! затруднённое прорезывание

!аномалия положения отдельных зубов, при которой соседние зубы меняются местами
!аномалия положения отдельных зубов, при которой зуб имеет выраженное небное положение

?ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕМЫ И ДИАСТЕМА В ПРИКУСЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О

!+трансверсальном росте челюстных костей
!смещении нижней челюсти вперёд
!рассасывании корней молочных зубов
!формировании корней постоянных зубов

?ГУБНОЙ ПЕЛОТ В АППАРАТЕ ПЕРСИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

!+стимулирует рост апикального базиса нижней челюсти
!сдерживает рост апикального базиса нижней челюсти
!стимулирует рост апикального базиса верхней челюсти
!расширяет нижний зубной ряд

?ЩЕЧНЫЕ ШИТЫ В АППАРАТЕ ФРЕНКЕЛЯ

!+отводят щеки от зубных рядов
!фиксируют аппарат
!являются опорой аппарата
!пассивны

?НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

!+латерального положения центральных резцов (диаствемы)
!ретенции центральных резцов верхней челюсти
!транспозиции резцов
!дистальной окклюзии, мезиальной окклюзии

?УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ МЫШЦ, ВЫДВИГАЮЩИХ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ, РЕКОМЕНДУЮТСЯ ПРИ

!+недоразвитии нижней челюсти
!сужении зубных рядов
!мезиальной окклюзии
!расширении зубного ряда

?ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

!+индивидуальная гигиена полости рта
!санация полости рта
!снижение потребления углеводов
!устранение хронических очагов инфекции

?МЕТОД ПОНА ОСНОВАН НА

!+зависимости ширины зубной дуги от суммы поперечных размеров резцов
!пропорциональности размеров 4 резцов верхней челюсти и 4 резцов нижней челюсти
!соотношении длины и ширины зубной дуги
!соотношении ширины зубной дуги в области премоляров и в области моляров

?НАКЛОН ОСЕЙ РЕЗЦОВ НА БОКОВОЙ ТРГ ЧЕРЕПА ОПРЕДЕЛЯЮТ ОТНОСИТЕЛЬНО

!+плоскостей SpP и MP
!плоскости MT-1
!туберальной плоскости
!окклюзионной плоскости

?ПОЛОЖЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ ОТНОСИТЕЛЬНО

!+графической репродукции зубной дуги
!основания черепа
!срединно-сагиттальной и туберальной плоскостей
!основания верхней челюсти

?ЭДЖУАЙС ТЕХНИКА ПО БИОФИЗИЧЕСКОМУ ПРИНЦИПУ ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ

!+механическим
!дуговым
!функционально-направляющим
!функционально действующим

?МЕТОД ХОТЦА ИЗВЕСТЕН В ОРТОДОНТИИ КАК МЕТОД

!+профилактического удаления зубов с целью устранения дефицита места в зубном ряду
!диагностики аномалий формы зубных рядов
!диагностики параметров апикального базиса челюстей
!удаления постоянных зубов при сформированных челюстно-лицевых аномалиях

?НЕОБХОДИМОСТЬ ПЕРИОДА РЕТЕНЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

!+принципом действия лечебного ортодонтического аппарата
!наличием неустранённых отклонений от морфологической нормы
!величиной ортодонтических сил, применявшихся в ходе аппаратурного лечения
!конструкцией ортодонтического аппарата, использованного в ходе активного лечения

?ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТА ЗУБНОГО РЯДА ВСЛЕДСТВИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНОГО ЗУБА ДОЛЖНО БЫТЬ ПРОИЗВЕДЕНО

!+не позднее 1 месяца после удаления
!не ранее 1 месяца после удаления
!не ранее, чем через 6 месяцев после удаления

!не позднее, чем через 6 месяцев после удаления

?ПОЛНЫЙ ОТКАЗ ОТ ПУСТЫШКИ И СОСКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ С ВОЗРАСТА

!+10 месяцев

!1 года

!1,5 года

!2,5 года

?ДЕТИ БЕЗ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ АНОМАЛИЙ, НО С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ВРЕДНЫМИ ПРИВЫЧКАМИ, ПО А.Д. ОСАДЧЕМУ, ОТНОСЯТСЯ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

!+2

!1

!3

!4

?ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ С КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

!+флоссы и штрипсы

!зубную щётку и зубную пасту

!ротационную щётку и полировочную пасту

!зубочистки

?АБРАЗИВНОСТЬ ЗУБНЫХ ПАСТ, РЕКОМЕНДУЕМЫХ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ, ДОЛЖНА БЫТЬ

!+низкой

!средней

!высокой

!не содержать абразива

?ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗУБОВ, ПОКРЫТЫХ ГЕРМЕТИКОМ, ПРОВОДЯТ ПО СХЕМЕ

!+очищение зуба, высушивание зуба, визуальный осмотр, зондирование

!очищение зуба, высушивание зуба, визуальный осмотр, перкуссия

!рентгенография зуба с герметиком, визуальный осмотр, зондирование

!визуальный осмотр, удаление герметика, повторная герметизация

?ПРИРОСТ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ИЗМЕНЕНИЕ

!показателя КПУ во времени

!формы течения кариеса во времени

!относительной величины различий КПУ в %

!количества поверхностей зубов, поражённых кариесом, во времени

?ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНЫХ СРЕДСТВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА В РАЙОНАХ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ БОЛЕЕ 1,5 МГ/Л

!+противопоказано

!показано у детей до 12 лет

!показано в сочетании с системными средствами

!показано при плохой гигиене полости рта

?С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ДЛЯ ПОЛОСКАНИЯ РТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОРЫ ФТОРИДА НАТРИЯ

!0,05%; 0,1%; 0,2%

!0,01%; 0,02%

!0,02%; 0,05%

!1%; 2%, 3%

?3 СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ

!+с хроническими заболеваниями

!здоровых

!не нуждающихся в стоматологической помощи

!инвалидов

?ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА НАЧИНАЮТ С ВОЗРАСТА

!+2-3 года

!6 месяцев - 1 год

!1 -2 года

!5-6 лет

?АКТИВНОЙ ФОРМОЙ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

!+проведение уроков здоровья

!распространение листовок

!развешивание плакатов

!показ кинофильмов

?ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ЗОНА КАБИНЕТА ПРОФИЛАКТИКИ, В КОТОРОЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ РАЗМЕЩЕНИЕ РАКОВИН ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА, НАЗЫВАЕТСЯ ЗОНОЙ

!+активного обучения

!активной информации

!пассивной информации

!обследования и контроля

?К ОСНОВНЫМ СРЕДСТВАМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТСЯ

!+зубная щётка и зубная паста

!зубная паста и зубной порошок

!зубочистки и флоссы

!зубная паста и ополаскиватель

?ЭКЗОГЕННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРИМЕНЕНИЕ

!+фторсодержащих лаков и гелей

!фторсодержащих зубных паст

!препараты кальция в таблетированной форме

!зубные пасты, содержащие кальций

?ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С БРЕКЕТ - СИСТЕМАМИ

!+каждые 3 месяца

!один раз в полгода

!один раз в год

!каждый месяц

?ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ

!+рациональная гигиена полости рта

!сбалансированное питание

!санация полости рта

!применение антисептических ополаскивателей

?ПЛАНОВАЯ САНАЦИЯ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ

!+вторичной профилактики

!первичной профилактики

!третичной профилактики

!не является методом профилактики

?К ПАССИВНЫМ ФОРМАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

!+телевизионная реклама

!проведение «урока здоровья» в школе

!занятия по обучению гигиене полости рта

!лекция-дискуссия по профилактике стоматологических заболеваний

?ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНО МОЖЕТ БЫТЬ ОЦЕНЕНА ПО

!+изменению показателей гигиенического состояния полости рта

!количеству поставленных пломб

!количеству стоматологических клиник

!количеству рекламы средств гигиены полости рта в СМИ

?ПРАКТИЧЕСКИМ ЭТАПОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

!+навык

!знание

!понимание

!убеждение

?ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ

!+возраста

!гигиенического состояния полости рта пациента

!стоматологического статуса пациента

!стоматологической заболеваемости населения региона

?ОПРЕДЕЛИТЕ ИНДЕКС КПУ У РЕБЁНКА 15 ЛЕТ, ЕСЛИ В 14 ЗУБЕ - ГЕРМЕТИК, В 33 - ОЧАГОВАЯ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ, В 46 И 36 ПЛОМБЫ, В 16 - ПЛОМБА, ТРЕБУЮЩАЯ РЕСТАВРАЦИИ, В 11 - ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЗУБА С ОБНАЖЕНИЕМ ДЕНТИНА, В 32 И 42 - ЭРОЗИВНАЯ ФОРМА ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ

!+3

!8

!5

!7

?РОДИТЕЛИ ДОЛЖНЫ НАЧИНАТЬ ЧИСТИТЬ ДЕТЯМ ЗУБЫ С

!+момента прорезывания первого временного зуба

!3 лет

!6 лет

!после прорезывания всех временных зубов

?ОПРЕДЕЛИТЕ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ГИГИЕНИЧЕСКОМ ОБУЧЕНИИ И ВОСПИТАНИИ, ЕСЛИ РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ ПАРОДОНТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ 35-44 ГОДА РАСПРЕДЕЛИЛАСЬ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА - 100%

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КРОВОТОЧИВОСТИ ДЁСЕН -25%

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗУБНОГО КАМНЯ - 50%

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ГЛУБИНОЙ 4-5 ММ - 15%

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ГЛУБИНОЙ 6 ММ И БОЛЕЕ - 10%

!+100%

!50%

!35%

!25%

?ЧИСТКА ЗУБОВ САМИМ ПАЦИЕНТОМ В ПРИСУТСТВИИ СПЕЦИАЛИСТА НАЗЫВАЕТСЯ

!контролируемая чистка зубов

!профессиональная гигиена

!индивидуальная гигиена полости рта

!самостоятельная гигиена

?ДЛЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЧИСТКА ЗУБОВ ПО МЕТОДУ

!+Пахомова

!Fones

!Charters

!Bass

?ПРОТИВОКАРИОЗНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ ОБУСЛОВЛЕНО ВВЕДЕНИЕМ В ИХ СОСТАВ

!+фторидов

!хлоргексидина

!экстрактов лекарственных растений

!глицерофосфата кальция, наногидроксиапатита

?КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НА КОММУНАЛЬНОМ УРОВНЕ ЯВЛЯЮТСЯ

!улучшение стоматологического здоровья, улучшение осведомлённости по вопросам профилактики стоматологических заболеваний более чем у 75% населения

!выпуск санбюлетеней, количество бесед по профилактике, охват контролируемой гигиеной рта детей, посещающих организованные детские коллективы

!увеличение количества посещений к врачу-стоматологу с профилактической целью и уровня гигиены рта

!увеличение использования населением средств гигиены рта, снижение распространённости заболеваний пародонта

?ДЛЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ФОРМИРОВАТЬ ДИСПАНСЕРНЫЕ ГРУППЫ В КОЛИЧЕСТВЕ

!+5

!3

!4

!6

?КРАТНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ КАРИЕСА ПО ВИНОГРАДОВОЙ Т.Ф. (РАЗ В ГОД)

!+6

!3

!4

!2

?ПО ПЛАНУ РАБОТЫ ШКОЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФТОРИДОВ И РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ IV ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ (РАЗ В ГОД)

!+3-4

!2

!5-6

!1

?ПЕРВИЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ МЕРОПРИЯТИЕМ ЭТАПА ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

!+начального

!подготовительного

!основного

!оценки эффективности диспансеризации

?ПОВТОРНЫЕ ОСМОТРЫ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА II ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ ПРОВОДЯТСЯ

!+каждые 6 месяцев

!после прорезывания каждой группы временных зубов

!каждые 3 месяца

!1 раз в год

?АНТЕНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАЧИНАЕТСЯ

!+на этапе планирования беременности и продолжается до родов

!с 28 недели беременности и продолжается до родов

!с 22-23 недели беременности и продолжается до родов

!с момента диагностики беременности и продолжается до родов

?НА САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ВРАЧУ- СТОМАТОЛОГУ ДЕТСКОМУ ЕЖЕМЕСЯЧНО ВЫДЕЛЯЕТСЯ (ЧАС)

!+6

!10

!2

!1

?САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ПЕРВЫЕ 20 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

!+1 раз в месяц

!2 раза в месяц

!3 раза в месяц

!еженедельно

?АКТИВНЫМ МЕТОДОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

!+беседа с пациентом на стоматологическом приёме

!телевизионная реклама

!научно-популярная литература

!выставка средств гигиены полости рта

?НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ФОРМОЙ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

!+урок здоровья

!беседа

!санитарный бюллетень

!информационный стенд

?ХАРАКТЕРНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ПРИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЕ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЮТСЯ

!+пятна, пузыри, пузырьки, папулы, неправильных очертаний эрозии

!отдельные эрозии округлой формы с узким ободком гиперемии

!разлитая эритема, кровоизлияния

!единичные эрозии в участках слизистой оболочки, контактирующей с зубами

?ПОРАЖЕНИЕ ЗОНЫ КЛЕЙНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ХЕЙЛИТА

!+эксфолиативного

!гландулярного

!экзематозного

!ангулярного

?ДЛЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ НЕКЭКТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ПРИМЕНЯЕТСЯ

!+химический способ «Carisolve»

!метод с использованием комплекса «Глуфторед»

!метод с использованием комплекса «Saforide»

!метод с использованием «R.O.C.S. Medikal Minerals»

?ПОКАЗАНИЕМ К КОРРЕКЦИИ АНОМАЛИИ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА У РЕБЁНКА 9-10 ЛЕТ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО МОЖЕТ БЫТЬ

!+локальный гингивит

!нарушение речи

!нарушение акта приёма пищи

!невозможность проведения ортодонтического лечения назубными аппаратами

?КРАТНОСТЬ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ КАРИЕСА ПО ВИНОГРАДОВОЙ Т.Ф. СОСТАВЛЯЕТ (РАЗ В ГОД)

!+3

!2

!4

!6

?ДЛЯ МЕТОДА ГЛУБОКОГО ФТОРИРОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КОМПЛЕКС

!+«Глуфторед»

!«Saforide»

!«R.O.C.S. Medikal Minerals адгезивный гель для аппликаций»

!«Ремогель»

?РЕБЕНКУ 3 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЧИСТИТЬ ЗУБЫ

!+2 раза в день, используя мягкую зубную щётку и гелевую пасту

!2 раза в день, используя резиновую щётку-напальчник

!после каждого приёма пищи

!1 раз в день утром

?ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР

!+2% Метиленового синего

!Шиллера-Писарева

!Эритрозина

!5% спиртовой настой Йода

?ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ ПРОВОДЯТ

!+в первые месяцы после прорезывания зуба на стадии незрелой эмали

!через год после естественной минерализации

!в любое время

!через 2 года после прорезывания зуба

?НАРУШЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИВОДИТ К

!+сужению верхнего зубного ряда

!расширению нижнего зубного ряда

!сужению нижнего зубного ряда, уплощению верхнего зубного ряда во фронтальном отделе

!смещению жевательной группы зубов

?С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ МОЛОЧНИЦЫ У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ

!+бактериологический

!гистологический

!цитологический

!серологический

?ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВСЕХ ЗАЧАТКОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

!+ортопантограмму

!панорамный снимок

!прицельный снимок

!телерентгенограмму головы в прямой проекции

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ БЕЗ ПРОКЛАДКИ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ

!+стеклоиономерные цементы (СИЦ)

!силикатные цементы

!композитный материал химического отверждения

!композитный материал светового отверждения

?ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФОРМОКРЕЗОЛА ПРИ ВИТАЛЬНОЙ ПУЛЬПОТОМИИ

- !+5 минут
- !30 минут
- !2-3 суток
- !до 1 недели

?ПРИ ВРОЖДЁННЫХ РАСЩЕЛИНАХ НЁБА ЗАНЯТИЯ С ЛОГОПЕДОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЧИНАТЬ

- !+до операции
- !по окончании хирургического лечения
- !в возрасте одного года
- !в возрасте 14 лет

?ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЯМ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- !+2-3 раза в год
- !1 раз в год
- !ежемесячно
- !1 раз в неделю

?«МАЛИНОВЫЙ ЯЗЫК» ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

- !+скарлатина
- !дифтерия
- !корь
- !ветряная оспа

?ПОЯВЛЕНИЕ В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПЯТЕН ФИЛАТОВА - БЕЛЬСКОГО-КОПЛИКА НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЩЕК ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- !+кори
- !скарлатины
- !ветряной оспы
- !дифтерии

?ДЛЯ АПЕКСИФИКАЦИИ И АПЕКСОГЕНЕЗА В КАЧЕСТВЕ КОРНЕВОЙ ПЛОМБЫ ПРИМЕНЯЮТ

- !+кальцийсодержащие пасты
- !йодоформные пасты
- !цинк-эвгеноловые пасты
- !резорцин-формалиновые пасты

?ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ 2 КЛАССА ВО ВРЕМЕННОМ ЗУБЕ С НЕСФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ПРИМЕНЯЮТ

- !+стеклоиономерные цементы
- !композиты светового отверждения
- !цинкфосфатные цементы
- !композиты химического отверждения

?ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОВОДЯТ

- !+санацию очагов фокальной инфекции
- !вакцинацию ребёнка
- !закаливание и лечебную гимнастику
- !исключение приёма провоцирующего препарата

?ПРИ КОНУСООБРАЗНЫХ ФИССУРАХ В ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРАХ С «НЕЗРЕЛОЙ ЭМАЛЬЮ» ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ

- !+неинвазивную герметизацию
- !покрытие зубов фтор-лаком
- !профилактическое пломбирование
- !профессиональную чистку зубов

?АКТИВНОЙ ФОРМОЙ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ДЕТСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+проведение уроков здоровья
- !выпуск санбюллетеней, брошюр
- !профессиональная гигиена
- !индивидуальный подбор средств гигиены

?РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ В МЕЖКОРНЕВОМ ПРОСТРАНСТВЕ У МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- !+остеопороз
- !остеосклероз
- !гиперцементоз
- !отсутствие изменений

?НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+реминерализирующая терапия
- !иссечение патологически изменённых тканей с последующим пломбированием
- !гигиена полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст
- !электрофорез препаратов фтора

?ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ МАТЕРИАЛЫ

- !+пасты на основе растительных масел и нетвердеющие кальцийсодержащие пасты
- !резорцин-формалиновые пасты
- !гуттаперчевые штифты с корневым герметиком
- !мумифицирующие пасты

?ВО ВТОРОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ МЕТОДОМ ДЕВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ НА УСТЬЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НАКЛАДЫВАЕТСЯ

- !+мумифицирующая паста
- !кальцийсодержащая паста
- !паста на основе растительных масел
- !изолирующая прокладка

?ТЕРАПИЯ ПРИ ОГС В ПЕРИОДЕ ВЫСЫПАНИЙ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЮ

- !+предупредить рецидив высыпаний новых элементов поражения
- !способствовать быстрой эпителизации элементов поражения
- !способствовать снижению температурной реакции организма
- !способствовать дезинтоксикации организма

?ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ШКОЛЬНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+распределение детей на диспансерные группы с учётом степени активности кариеса 1 раз в году
- !приём детей по обращаемости
- !сплошная двухразовая санация детей, начиная с первого класса
- !ежемесячная оценка эффективности диспансеризации

?МОДЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ ШКОЛЬНИКА, ИМЕЮЩЕГО III СТЕПЕНЬ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА, ЯВЛЯЕТСЯ ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР

- !+3 раза в год, через каждые 3-4 месяца
- !1 раз в год
- !2 раза в год
- !по обращаемости

?НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ПЕРИОДОМ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ЭНДОГЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА МОЛОЧНЫХ РЕЗЦОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+антенатальный
- !первое полугодие первого года жизни
- !второе полугодие первого года жизни
- !дошкольный

?ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ (ГОИВ) НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ

- !+в возрасте прорезывания первых временных зубов
- !с начала прорезывания первых постоянных зубов (5-6 лет)
- !в возрасте 3-4 года
- !со времени прорезывания всех постоянных зубов (12-13 лет)

?ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ, СОДЕРЖАЩИЕ ФТОРИДЫ, ВКЛЮЧАЮТ

- !+петрушку, персики, чай, скумбрию
- !сыр, молочно-кислые продукты
- !клубнику, голубику, чернику
- !гранаты, арбузы, дыни

?ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ЕГО ПОРАЖЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ ОПРЕДЕЛЕННУЮ ПЕРИОДИЧНОСТЬ ОСМОТРА У СТОМАТОЛОГА ЧЕРЕЗ (МЕС.)

- !+6
- !3
- !12
- !1

?НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ НА ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+гестоз второй половины беременности
- !искусственное вскармливание
- !ОРВИ и ОРЗ на 5 году жизни
- !гипоксия плода

?МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОЦЕНИТЬ СТРОЕНИЕ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+телерентгенография
- !внутриротовая рентгенография
- !радивизиография
- !ортопантомография

?ЕСЛИ ВО ВРЕМЯ ОСМОТРА ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТА ВОЗНИКЛО ПОДОЗРЕНИЕ НА НАЛИЧИЕ У НЕГО СИФИЛИСА, ВРАЧ ДОЛЖЕН

- !+закончить осмотр, направить пациента на анализ крови
- !продолжить осмотр и начать лечение стоматологического заболевания
- !сказать больному о своём подозрении и прекратить приём
- !отказать пациенту в оказании стоматологической помощи

?ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ОДНОСТОРОННИЙ ВКЛЮЧЁННЫЙ ДЕФЕКТ ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ

- !+3
- !1
- !2
- !4

?К ПОКАЗАНИЯМ К ПРИМЕНЕНИЮ ШТИФТОВОГО ЗУБА ОТНОСЯТ

- !+устойчивые корни с частично сохранившейся культей
- !глубокое разрушение корня под десной
- !искривлённые корни с тонкими стенками
- !заболевание пародонта, изменения в периодонте, подвижные корни

?ДУГОВОЙ ПРОТЕЗ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

!+дугу, седла, искусственные зубы, ответвления, опорно-удерживающие элементы

!искусственные зубы, базис, ответвления, опорно-удерживающие элементы

!дугу, ответвления, искусственные зубы, опорно-удерживающие элементы

!дугу, седла, искусственные зубы

?ВЫСОКИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ДОСТИГАЕТСЯ СТАБИЛИЗАЦИЕЙ

!+круговой (по дуге)

!передней и боковой

!переднебоковой

!поперечной

?ЗАЖИВЛЕНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ВОКРУГ ИМПЛАНТАТА НАЗЫВАЕТСЯ

!+первичная остеоинтеграция

!синостоз

!остеофикация

!внутрикостная стабилизация

?ПЕРЕСТРОЙКА МИОСТАТИЧЕСКОГО РЕФЛЕКСА ПРИ РАЗОБЩЕНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ, КАК ПРАВИЛО, ПРОИСХОДИТ В ТЕЧЕНИЕ

!+3 -6 недель

!1 месяца

!1 -3 месяцев

!6-12 месяцев

?НЕСЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ, ПОСТУПАЮЩИЕ ИЗ ЗУБОТЕХНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ, ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ВО ВРАЧЕБНОМ КАБИНЕТЕ

!+погружают в раствор Глутаральдегида

!обрабатывают 3% Перекисью водорода

!протирают спиртовым раствором

!обрабатывают раствором Хлорамина

?УБОРКУ ПОМЕЩЕНИЙ ЗУБОТЕХНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ПРОВОДЯТ ВЛАЖНЫМ СПОСОБОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДЕЗИНФЕКТАНТОВ НЕ РЕЖЕ

!+1 раз в день

!2 раза в день

!2 раза в неделю

!1 раз в неделю

?НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТИ И ВЗРОСЛЫЕ ДОЛЖНЫ ПРИХОДИТЬ НЕ РЕЖЕ

!+2 раз в год

!1 раза в год

!2 раз в месяц

!1 раза в 2 года

?ОЦЕНКУ НАЛИЧИЯ И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРОВОДЯТ

!+в полости рта и на диагностических моделях челюстей

!при внешнем осмотре

!при помощи реопародонтографии

!при помощи электромиографии

?КУРЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

!+является относительным противопоказанием

!является местным противопоказанием

!не влияет на выбор метода лечения

!является абсолютным противопоказанием

?КРАТНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИИ: «ИЗМЕРЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ СУСТАВА (УГЛОМЕТРИЯ)» В ДИАГНОСТИКЕ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ

!+однократно

!согласно алгоритму

!несколько раз (2 и более)

!на усмотрение лечащего врача (по потребности)

?ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ НЕ ПОКАЗАНО В СЛУЧАЯХ

!+недостаточной способности пародонта выдерживать нагрузку

!отсутствия 3 зубов на одной стороне челюсти без потери дистальной опоры

!использования для фиксации съёмного протеза

!отсутствия 4 резцов без потери жевательной функции

?ПОКАЗАНИЕМ К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ИСКУССТВЕННЫМИ КОРОНКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ УБЫЛЬ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПОСЛЕ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ПРИ ЗНАЧЕНИЯХ ИРОПЗ

!+0,6-0,8

!0,8 и более

!0,2-0,4

!0,4-0,6

?ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ ПРОТЕЗОМ ПОЛНОГО ЗУБНОГО РЯДА ФИКСАЦИЯ ОБЫЧНО УЛУЧШАЕТСЯ К

!+7 дню

!3-4 годам

!1,5 месяцам

!1 году

?ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ ПРОВОДЯТ

- !+1 раз в 6 месяцев
- !1 раз в 4 месяца
- !1 раз в 2 года
- !1 раз в 2 месяца

?ЗАМЕНА СЪЁМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРОВОДИТСЯ

- !+по потребности или раз в 3-4 года
- !через 1 -1,5 месяца после окончания протезирования
- !по требованию пациента
- !на любом сроке после протезирования

?РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЧАСТИЧНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ В РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ

- !+от 40 до 75 % в разных возрастных группах
- !98-99% старше 35 лет
- !28-30% от 35 до 44 лет
- !86% в группе 35-44 лет

?АРТИКУЛЯТОР СО СВОБОДНОПОДВИЖНОЙ ОСЬЮ, В КОТОРОМ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАПРАВЛЯЮТСЯ ОККЛЮЗИОННЫМИ ПОВЕРХНОСТЯМИ ЗУБОВ, ОТНОСИТСЯ К ТИПУ

- !+«скользящий»
- !«суставной»
- !полурегулируемый
- !средне-анатомический

?ДЛЯ НАИБОЛЕЕ ЧЁТКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА НА ТОМОГРАММЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТОМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СРЕЗ ДОЛЖЕН ПРОХОДИТЬ ЧЕРЕЗ

- !+середину головки нижней челюсти
- !основание ската суставного бугорка
- !середину суставного бугорка
- !передний полюс головки нижней челюсти височно-нижнечелюстного сустава

?ШИНЫ, УСТРАНЯЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ ОККЛЮЗИОННЫХ НАРУШЕНИЙ НА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ И ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ И СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАССЛАБЛЕНИЮ ПОСЛЕДНИХ, ОТНОСЯТСЯ К

- !+релаксирующим
- !репозиционным
- !центрирующим
- !разобшающим

?ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ НАКЛАДЫВАЕТСЯ ИММЕДИАТ- ПРОТЕЗ

- !+сразу после удаления или не позднее 24 часов
- !через 24 часа после удаления, но не позднее 72 часов
- !в течение первой недели после удаления
- !через 10 дней после удаления

?ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ, СЛУЖАЩИЕ ОПОРОЙ ДЛЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАСТИКИ, А ТАКЖЕ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА, НАЗЫВАЮТСЯ

- !+формирующими
- !репонирующими
- !удерживающими
- !замещающими

?БЕЗ ОДОНТОПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБОВ МОГУТ БЫТЬ ИЗГОТОВЛЕННЫ КОРОНКИ

- !+ортодонтические штампованные
- !комбинированные
- !керамические
- !пластмассовые

?ОКАЗАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЯВЛЕНИЯМИ ГАЛЬВАНИЗМА НА МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ ЗУБНЫЕ ПРОТЕЗЫ ВКЛЮЧАЕТ

- !+снятие ортопедических конструкций
- !санацию полости рта
- !изготовление временных гипоаллергенных ортопедических конструкций
- !консультацию гастроэнтеролога

?ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛНЫМИ СЪЁМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТОВ ПРОВОДЯТСЯ

- !+не реже 1 раза в год
- !ежемесячно
- !не реже 1 раза в 3 месяца
- !не реже 1 раза в 6 месяцев

?ДИАГНОЗ «ПЕРВИЧНАЯ ТРАВМАТИЧЕСКАЯ ОККЛЮЗИЯ (КОМПЕНСИРОВАННАЯ ФОРМА)» МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ С ПОМОЩЬЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ

- !+изучение окклюзионных контактов с помощью аппарата t-scan
- !изучение диагностических моделей
- !внутриротовой осмотр пациента
- !электроодонтометрия

?НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ КОНТАКТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+изучение окклюзионных контактов с помощью аппарата t-scan
- !изучение диагностических моделей
- !окклюзиограмма
- !внутриротовой осмотр пациента

?ВО ВРЕМЯ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА У ПАЦИЕНТА Р., 49 ЛЕТ ВЫЯВЛЕНА ГИПЕРЕМИЯ И КРОВОТОЧИВОСТЬ ДЕСЕН. ГНОЙНОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ ЗУБОДЕСНЕВЫХ КАРМАНОВ. ПОДВИЖНОСТЬ ВСЕХ ЗУБОВ 1-2 СТЕПЕНИ. ПАРОДОНТАЛЬНЫЕ КАРМАНЫ ГЛУБИНОЙ ДО 5 ММ И РЕЗОРБИЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ПО РЕНТГЕНОГРАММЕ НА 1/3-1/2 ВЫСОТЫ МЕЖЗУБНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести
- !хронический локализованный пародонтит тяжёлой степени тяжести
- !пародонтоз средней степени тяжести
- !хронический генерализованный пародонтит тяжёлой степени тяжести

?ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТАХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- !+нечёткий контур суставной головки, сужение суставной щели
- !уплощение суставной головки и значительная атрофия суставного бугорка
- !расширение суставной щели
- !деформация костных элементов сустава

?ВО ВРЕМЯ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА У ПАЦИЕНТА С. 56 ЛЕТ ВЫЯВЛЕНО ИСТИРАНИЕ ВСЕХ ЗУБОВ ОТ 1/3 ДО 2/3 ДЛИНЫ КОРОНОК. ВЫСОТА НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА НЕ СНИЖЕНА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+генерализованная повышенная стираемость твёрдых тканей зубов 2 степени, компенсированная форма
- !генерализованная повышенная стираемость твёрдых тканей зубов 2 степени, декомпенсированная форма
- !локализованная повышенная стираемость твёрдых тканей зубов 3 степени
- !генерализованная повышенная стираемость твёрдых тканей зубов 3 степени, декомпенсированная форма

?В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРАВМЫ ПРОИЗОШЕЛ ОТЛОМ КОРОНКИ ЗУБА 2.1 НА 2/3 ЕЁ ДЛИНЫ. РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИЗГОТОВЛЕНИЕ

- !+культевой штифтовой вкладки с последующим изготовлением металлокерамической или безметалловой коронки
- !металлокерамической или безметалловой коронки
- !керамического винира
- !керамической вкладки

?ПРИ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА, СООТВЕТСТВУЮЩЕГО 2 КЛАССУ ПО КЕННЕДИ, НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+ортопедическое лечение с использованием дентальных имплантатов
- !изготовление консольного протеза
- !изготовление съёмного пластиночного протеза дефекта зубного ряда
- !изготовление мостовидного протеза

?ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ СТЕПЕНИ АТРОФИИ БЕЗЗУБОВОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И ИСТОНЧЁННОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛУЖИТ ИЗГОТОВЛЕНИЕ ПОЛНОГО СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА

- !+пластиночного с мягкой подкладкой
- !с металлическим базисом
- !из безмономерного термопластического материала
- !с двойным зубным рядом

?НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГАЛЬВАНОЗА В ПОЛОСТИ РТА СЛУЖИТ

- !+наличие в полости рта протезов разнородных металлических сплавов
- !заболевания пародонта
- !несоответствие границ съёмных зубных протезов протезному ложу
- !наличие полных съёмных пластиночных протезов из акриловых базисных материалов

?ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ ПОЛОСТИ РТА И ПРОТЕЗОВ

- !+2 раза в год
- !1 раз в 3 года
- !1 раз в 2 года
- !1 раз в полгода

?ПРИ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ВЕНСАНА В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТ

- !+нейтрофильный сдвиг влево, ускоренную СОЭ
- !лейкоцитоз, анемию, тромбоцитопению
- !нейтрофильный агранулоцитоз, лейкопению, ускоренную СОЭ
- !эритремию, замедленную СОЭ

?ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ ОЧАГ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ВЫЯВЛЯЮТ МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+кариес эмали
- !гипоплазия эмали
- !флюороз
- !гиперестезия эмали

?ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА И ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗУЮТ

- !+рентгенологический метод
- !электроодонтометрию
- !капилляроскопию
- !люминесцентную диагностику

?ФОРМОЙ ПУЛЬПИТА, ПРИ КОТОРОЙ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ ВСЕГДА СООБЩАЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ ЗУБА, ЯВЛЯЕТСЯ ПУЛЬПИТ

- !+хронический гипертрофический
- !хронический фиброзный
- !острый диффузный
- !острый очаговый

?ФОРМОЙ КАНДИДОЗА, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО ОБРАЗОВАНИЕ БЕЛОГО «ТВОРОЖИСТОГО» НАЛЁТА, ЯВЛЯЕТСЯ КАНДИДОЗ

- !+острый псевдомембранозный
- !острый атрофический
- !хронический атрофический
- !хронический гиперпластический

?ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ КЛОТРИМАЗОЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+Кандид раствор для полости рта
- !Кетоконазол мазь
- !Низорал мазь
- !Ламизил мазь

?МЕТОДИКА «СИЛИКОНОВОГО КЛЮЧА» ПРИ РЕСТАВРАЦИИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- !+формирования небной поверхности реставрации
- !формирования апроксимальной поверхности реставрации
- !создания контактного пункта
- !создания вестибулярной поверхности реставрации

?ХРОНИЧЕСКИЙ ВЕРХУШЕЧНЫЙ ГРАНУЛИРУЮЩИЙ ПЕРИОДОНТИТ ПО КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 ОБОЗНАЧАЕТСЯ

- !+K04.5
- !K04.8
- !K05.4
- !K02.1

?ТРЕБОВАНИЯ К РЕЖИМУ ТРУДА, ОТДЫХА, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ СОГЛАСНО КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ (ПРОТОКОЛАМ ЛЕЧЕНИЯ) ВКЛЮЧАЮТ

- !+динамическое наблюдение 4 раза в год, контрольное рентгенологическое обследование 2 раза в год
- !динамическое наблюдение 2 раза в год, контрольное рентгенологическое обследование 1 раз в год
- !динамическое наблюдение 1 раз в год, контрольное рентгенологическое обследование 1 раз в год
- !динамическое наблюдение 3 раза в год

?МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕЙКОПЛАКИИ ТАППЕЙНЕРА (НИКОТИНОВЫЙ СТОМАТИТ) ЯВЛЯЕТСЯ

- !+отказ от курения
- !отказ от приёма крепких алкогольных напитков
- !рациональное протезирование
- !избирательное шлифование зубов

?ИЗМЕНЕНИЕ В ПЕРИОДОНТЕ В ВИДЕ РАСШИРЕНИЯ ПРОСТРАНСТВА ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ СВЯЗКИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПУЛЬПИТЕ

- !+хроническом язвенном
- !хроническом
- !хроническом гиперпластическом
- !остром

?ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН МЕТОД

- !+зондирования кариозной полости
- !рентгенографии
- !электроодонтодиагностики (ЭОД)
- !вертикальной перкуссии

?К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТЛИЧИЯ ЭРОЗИВНОЙ ФОРМЫ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТ ЭРОЗИИ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- !+симметричность формы и расположения участков поражения на одноименных зубах, данные анамнеза, возраст больных
- !наличие выраженной гиперестезии твёрдых тканей зубов
- !более глубокое поражение тканей зубов
- !атипичное расположение эрозий эмали на зубах

?ДЛЯ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

- !+«яблочного желе»
- !«скошенного луга»
- !Никольского
- !Кэбнера

?ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ПУЛЬПИТА ПРЕДПОЛАГАЕТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

- !купирование болевого синдрома
- !купирование болевого синдрома и ампутацию коронковой пульпы
- !купирование болевого синдрома и экстирпацию пульпы
- !купирование болевого синдрома, экстирпацию пульпы и пломбирование корневых каналов

?МЕТОД, ОСНОВАННЫЙ НА ПОЛНОМ СОХРАНЕНИИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПУЛЬПЫ, НАЗЫВАЕТСЯ

- !+биологическим
- !витальной экстирпации
- !витальной ампутации
- !девитальной ампутации

?МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ В ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБАХ В СВЯЗИ С

- !+отсутствием анатомически выраженного отграничения между коронковой и корневой пульпой
- !изменением цвета зубов
- !быстрым переходом воспаления на корневую пульпу
- !малым объёмом пульпы

?К ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ МАЗЬ

- !+Бутадионовая
- !Нистатиновая
- !Декаминовая
- !Оксолиновая

?ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ КОСТЕОБРАЗОВАНИЯ В КОСТНЫЕ КАРМАНЫ ВВОДЯТ

- !Колапан
- !Гидрокортизон
- !Линкомицин
- !Солкосерил

?ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕРРУКОЗНОЙ ФОРМЫ ЛЕЙКОПЛАКИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- !+криодеструкцию
- !радиотерапию
- !химиотерапию
- !иммунотерапию

?ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- !+активном выявлении больных с ранними формами патологии пародонта и их лечении
- !лечении катарального гингивита
- !обучении правильным методикам гигиены полости рта
- !санации зубов

?ЭНДОГЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ВКЛЮЧАЕТ

- !+укрепление здоровья путём лечения общих заболеваний, закаливание
- !гигиенический уход за полостью рта, который осуществляется в домашних условиях и в стоматологическом кабинете
- !уменьшение количества потребляемых углеводов
- !применение препаратов фтора и кальция в виде лаков, гелей, аппликаций, полосканий

?ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ДЕНТИНА (К 02.1) ПРОВОДЯТ С

- !+хроническим пульпитом (К 04.03)
- !острым апикальным периодонтитом (К 04.4)
- !хроническим гиперпластическим пульпитом (К 04.05)
- !гнойным пульпитом (К 04.02)

?ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- !+воспалительный процесс, вовлекающий зачатки зубов или механическая травма развивающегося фолликула
- !различные заболевания, возникающие у детей или беременной женщины в период формирования и минерализации зубов
- !наследственные нарушения процессов образования эмали и дентина
- !эндокринные нарушения, в частности гиперфункция щитовидной железы

?ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПРИЧИННОГО ЗУБА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ ИЗМЕРЕНИЕ С ЗУБА

- !+такого же на противоположной стороне зубной дуги
- !любого другого
- !причинного
- !антагониста

?ПАСТЫ ДЛЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ

- !+подавления роста бактерий корневого канала, стимуляции репаративных процессов
- !остановки кровотечения
- !заполнения микропространств корневого канала и склеивания штифтов
- !удаления смазанного слоя

?АДГЕЗИВНЫЕ СИСТЕМЫ 5А ПОКОЛЕНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ ТЕХНИКУ ПРИМЕНЕНИЯ

- !двухшаговую – кондиционирование тканей зуба 35-37% раствором Фосфорной кислоты и нанесение !однокомпонентного адгезива на эмаль и дентин зуба
- !двухшаговую – кондиционирование тканей зуба самопротравливающим несмываемым праймером и нанесение однокомпонентного адгезива на эмаль и дентин зуба
- !трёхшаговую – кондиционирование тканей зуба 35-37% раствором Фосфорной кислоты, нанесение праймера на дентин и нанесение адгезива на эмаль и дентин зуба
- !одношаговую – нанесение самопротравливающего адгезива на эмаль и дентин зуба

?ФОРМА КОРНЕВОГО КАНАЛА ПОСЛЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ ДОЛЖНА БЫТЬ

- !+конусной на всем протяжении
- !с параллельными стенками
- !воронкообразной
- !округлой

?МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ, СУЩЕСТВУЮЩЕЙ МЕНЕЕ 7 ДНЕЙ, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- !+устранении травмирующего фактора, антисептической обработке язвы, удалении некротических тканей протеолитическими ферментами, аппликациях обезболивающих средств и кератопластиков
- !устранении травмирующего фактора, прижигании язвы, антисептической обработке язвы, аппликациях обезболивающих средств и кератопластиков
- !устранении травмирующего фактора, антисептической обработке язвы, хирургическом иссечении язвы, аппликациях обезболивающих средств
- !устранении травмирующего фактора, антисептической обработке язвы, прижигании язвы, удалении некротических тканей протеолитическими ферментами

?ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ ПУЛЬПИТЕ (К 04.04) ПОКАЗАН МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ

- !+витальная экстирпация
- !витальная ампутация
- !биологический
- !девитальная экстирпация

?ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЧАСТЫМИ ОВОСТРЕНИЯМИ ПАРОДОНТИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПОВТОРНЫЕ ЯВКИ БОЛЬНЫХ

- !+1 раз в 3 месяца
- !1 раз в месяц
- !1 раз в 6 месяцев
- !1 раз в 12 месяцев

?ЦЕЛЮЮ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+выработка у населения убеждения в необходимости соблюдения правил здорового образа жизни на основе научных знаний причин заболеваний и методов их предупреждения
- !предотвращение развития и появления рецидивов и осложнений заболеваний
- !предотвращение потери функций органов и систем организма путём восстановления утрат и потерь здоровья в результате заболеваний
- !обнаружение факторов риска заболеваний и предотвращение конкретной патологии

?ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИМЕНЯЮТ

- !+Зовиракс
- !Солкосерил
- !Нистатин
- !Метрогил-дента

?ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА ПРИМЕНЯЮТ

- !+Канестен мазь
- !Гистаглобулин
- !0,05% раствор Хлоргексидина
- !Трипсин, Химотрипсин

?ДЛЯ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОВОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НАЗНАЧАЮТ

- !+Солкосерил
- !Метрогил-Дента гель
- !Ламизил
- !Трипсин

?СОСТОЯНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОЦЕНИВАЮТ ПРИ

- !+пальпации
- !осмотре полости рта
- !перкуссии
- !расспросе

?РАХИТ, ТУБЕРКУЛЁЗ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ

- !+задержку прорезывания зубов
- !патологическое стирание
- !эрозии
- !формирование сверхкомплектных зубов

?КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ВЫРАЖЕНИЕ ПРОБЫ ШИЛЛЕРА - ПИСАРЕВА ОТОБРАЖАЕТ

- !+йодное число Свракова
- !индекс РМА
- !индекс КПУ
- !индекс Фукса

?ГЛУБОКОЕ БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ШИРОКО ВСКРЫТОЙ ПОЛОСТИ ЗУБА, ПОЯВЛЕНИЕ КРОВОТОЧИВОСТИ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- !+пульпита
- !некроза пульпы
- !острого апикального периодонтита
- !дегенерации пульпы

?ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПАТОЛОГИЕЙ ПАРОДОНТА ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

- !+SPITN
- !RHP
- !Green, Vermillion
- !Silness, Loe

?КАНДИДОЗ РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЁМА

- !+антибиотиков
- !поливитаминов
- !нейролептиков
- !ферментов

?ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕЙКОПЛАКИЯ ОТНОСИТСЯ К

- !+факультативному предраку
- !лейкиту
- !дерматозу
- !облигатному предраку

?ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПОСТОЯННОЕ ПЛОМБИРОВАНИЕ КОРНЕВОГО КАНАЛА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ

- !+до дентино-цементного соединения
- !не доходя 2 мм от анатомической верхушки
- !до анатомической верхушки
- !с выведением за анатомическую верхушку

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ПРОВОДЯТ

- !+коррекцию гигиены полости рта
- !апликацию протеолитических ферментов
- !гингивэктомию
- !склерозирующую терапию

?ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ПРОВОДИТСЯ

- !+кератопластиками
- !противовирусными препаратами
- !антибиотиками
- !противогрибковыми препаратами

?ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕСА В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЕРОПРИЯТИЯ НАПРАВЛЕННЫ НА

- !+блокаду вируса
- !воздействие на микрофлору
- !санацию полости рта
- !эпителизацию

?ТЭР - ТЕСТ ОСНОВАН НА

- !+функциональной резистентности эмали к кислоте
- !оценке реминерализующих свойств слюны
- !оценке кариесогенности зубного налёта
- !оценке гигиенического состояния полости рта

?НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА, В РЕГИОНАХ С Пониженным содержанием фторида в питьевой воде, является применение

- !+фторидсодержащих зубных паст
- !приём морепродуктов
- !таблеток фторида натрия
- !фторидсодержащего лака

?САНАЦИЮ ПОЛОСТИ РТА БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМНОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРОВОДЯТ

- !+как только больному будет разрешено открывать рот
- !через неделю после получения травмы
- !через 2 недели после получения травмы
- !через 3 недели после получения травмы

?ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ ДЕЙСТВЕННЫХ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- !+периодический профилактический осмотр
- !устранение профессиональных вредностей
- !устранение травм слизистой оболочки
- !отказ от раздражающей пищи

?ПОБУДИТЕЛЬНЫМ МОТИВОМ К ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- !+возможное озлокачествление лейкоплакии слизистой оболочки рта
- !возможная потеря вкуса
- !возможное развитие ксеростомии
- !образование налёта курильщика на зубах

?ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ ДЕНТИН ИМЕЕТ ЦВЕТ

- !+светло-жёлтый
- !коричневый
- !чёрный
- !розовый

?ОСНОВНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЭРОЗИИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ, ОТЛИЧАЮЩИМ ЕЁ ОТ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- !+форма дефекта
- !окрашивание Метиленовым синим
- !болезненное зондирование
- !положительная холодовая проба

?В ЦЕЛЯХ ОНКОСКРИНИНГА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГУВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- !+система «Визилайт»
- !прибор «Диагност»
- !интраоральная видеокамера
- !прибор «Флорида-проуб»

?ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА "СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА" НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА

- !+ревматолога
- !дерматолога
- !кардиолога
- !нефролога

?ПРИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ ДОСТОВЕРЕН ТАКОЙ РЕЗУЛЬТАТ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, КАК ЗЕЛЕНОВАТОЕ СВЕЧЕНИЕ

- !+межклеточных контактов в шиповидном слое эпителия слизистой оболочки полости рта
- !всей базальной мембраны слизистой оболочки полости рта
- !стенок сосудов в собственной пластинке слизистой оболочке полости рта
- !участков базальной мембраны слизистой оболочки полости рта

?ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФИВРОЗНОГО ПУЛЬПИТА ХАРАКТЕРНЫ ДАННЫЕ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ (МКА)

!+20-30

!70-90

!50

!120

?РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА "ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ" ОТВОДЯТ

!+данным рентгенологического исследования

!анамнестическим данным

!перкуссии

!термической пробе

?ОБОСТРЕНИЮ ВОСПАЛЕНИЯ В ПАРОДОНТЕ СООТВЕТСТВУЕТ

!+гнойное отделяемое из клинического кармана

!гиперестезия твёрдых тканей зуба

!рецессия десны

!клинический карман глубиной 6-8 мм

?РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ

!+генерализованная от 1/3 до 1/2 длины корней зубов

!локализованная от 1/3 до 1/2 длины корней зубов

!генерализованная до 1/3 длины корней зубов

!локализованная до 2/3 длины корней зубов

?К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ ОТНОСЯТ ГЕЛИ

!+РОКС Медикал

!Хлосайт

!Метрогил Дента

!Холисал

?ДИСПАНСЕРНЫЕ СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМЕ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

!+каждые 3-4 месяца в течение 5 лет

!после выявления заболевания через 1,5-2 месяца

!1 раз в год в течение 3 лет

!1 раз в 3 года

?ГИГИЕНИЧЕСКИЙ ИНДЕКС ПО МЕТОДУ ФЁДОРОВА- ВОЛОДКИНОЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ РАСТВОРА

!+Шиллера-Писарева

!Фурацилина 0,005%

!Хлоргексидина биглюконата 2%

!Гипохлорита натрия 3%

?К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ, ОТНОСЯТ

!+Преднизолон, Кордиамин

!40% раствор Глюкозы, Но-шпа

!Камфора, Димедрол

!Нашатырный спирт

?К ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ПРОЦЕДУРАМ, НАЗНАЧАЕМЫМ ПРИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА, ОТНОСЯТ

!+электрофорез, фонофорез с глюконатом Са

!электросон

!Дарсонваль

!гидромассаж дёсен

?ЭТИОТРОПНЫМ СРЕДСТВОМ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЮТСЯ

!+антисептики

!противовоспалительные препараты

!десенсибилизирующие препараты

!дезодорирующие растворы