**Коммунальная стоматология**

1. Эпидемиология – это:

-1. Наука, изучающая принципы организации стоматологической помощи населению;

+2. Наука, изучающая возможность факторов, определяющих распространенность стоматологических заболеваний среди населения;

-3. Наука, изучающая факторы риска и методы профилактики основных стоматологических заболеваний.

-4. Наука, изучающая здоровый образ жизни в коммунальных программах профилактики стоматологических заболеваний.

-5.наука, изучающая основы планирования стоматологической помощи населению.

1. В каких единицах измеряется распространенность стоматологических заболеваний?

-1. В дробных числах;

+2. В процентах;

-3. В целых числах.

-4. В натуральных числах.

-5. В рациональных числах.

1. Какой метод эпидемиологического исследования чаще всего используется в научных исследованиях?

-1. Тотальный;

+2. Выборочный;

-3. Разведочный.

-4. Сплошной.

-5. Индивидуальный.

1. Укажите минимальный размер выработки при разведочном методе эпидемиологического исследования среди молодых людей:

-1. 200 человек;

-2. 30 человек;

+3. 50 человек;

-4. 70 человек;

-5. 100 человек.

1. Укажите известные Вам виды калибровки специалистов:

+1. Наружная;

-2. Внешняя;

-3. Первичная.

-4. Вторичная.

-5. Третичная.

1. Укажите методы эпидемиологического исследования в стоматологии:

-1. Мониторинг;

+2. Разведочный;

-3. Закрытый;

-4. Раздельный;

-5. Открытый.

1. Какой из показателей КПУ наиболее точный?

+1. Индивидуальный;

-2. Групповой среди больных;

-3. Групповой среди обследованных.

-4. Массовый среди обследованных.

-5. Массовый среди больных

1. Можно ли провести исследования эпидемиологии кариеса среди населения, не используя индекс CPITN?

+1. Да;

-2. Нет;

-3. Зависит от желания пациента;

-4. Иногда.

-5. Зависит от желания исследователя.

1. Какие возрастные группы по ВОЗ являются ключевыми?

-1. 6, 15, 18, 35-44, 65-74;

-2. 6, 12, 15, 18, 65-74;

+3. 6, 12, 15, 18, 35-44, 65-74.

-4. 6, 10, 15, 18, 35-44, 65 и старше.

-5. 8, 12, 18, 35-44, 65 и старше.

1. Укажите оптимальный состав эпидемиологической бригады:

-1. Врач, ассистент;

-2. Врач, регистратор;

+3. Врач, ассистент, регистратор;

-4. 2 врача и ассистент.

-5. Врач, помощник врача, ассистент, регистратор.

1. Укажите минимальный процент совпадений между исследователями на этапе калибровки при планировании разведочного эпидемиологического исследования:

-1. 40 %;

-2. 60%;

-3. 70%;

+4. 90%.

-5. 10%.

1. Укажите тенденцию заболеваемости кариесом в развитых странах в мире:

-1. Увеличивается;

+2. Уменьшается;

-3. Стабильна;

-4. Нет данных;

-5. Постоянно стабильна.

1. Укажите глобальную цель ВОЗ у 12-летних детей к 2020 году по индексу КПУ:

+1. 1,0;

-2. 0,5;

-3. 1,5;

-4. 0,75;

-5. 2,0.

1. Укажите глобальную цель ВОЗ у 35 – 44-летних к 2020 году по индексу CPITN (количество секстантов с глубокими карманами):

+1. 0,1;

-2. 0,3;

-3. 0,5;

-4. 0,4;

-5. 0,2.

1. Укажите критерии, по которым оценивается стоматологическое здоровье в группе 5 – 6-летних:

-1. Количество здоровых секстантов, КПУ;

+2. Процент детей свободных от кариеса, КПУ;

-3. Количество секстантов с глубокими карманами, процент детей, свободных от кариеса;

-4. КПУ, количество исключенных секстантов;

-5. Процент детей свободных от кариеса, количество здоровых секстантов.

1. Укажите Европейскую цель ВОЗ у 15-летних подростков к 2020 году по индексу CPITN (количество здоровых секстантов):

-1. 2,0;

-2. 3,0;

+3. 5,0;

-4. 5,5;

-5. 1,0.

1. Укажите Европейскую цель ВОЗ у 15- летних подростков к 2020 году по индексу КПУ:

-1. Средняя интенсивность кариеса не превысит 2,0 (компонент «К» 1,0);

-2. Средняя интенсивность кариеса не превысит 2,0 (компонент «К» 0,5);

+3. Средняя интенсивность кариеса не превысит 2,3 (компонент «К» 0,5);

-4. Средняя интенсивность кариеса не превысит 3,0 (компонент «К» 1,5);

-5. Средняя интенсивность кариеса не превысит 2,5 (компонент «К» 0,75);

1. Укажите глобальную цель ВОЗ у 18-летних молодых людей к 2020 году по компоненту «У» индекса КПУ:

+1. 0,0;

-2. 0,1;

-3. 0,3;

-4. 0,4;

-5. 0,5.

1. Укажите глобальную цель ВОЗ в возрасте 65-74 года к 2020 году (% беззубых):

-1. 5%;

+2. 10%;

-3. 15%;

-4. 20%;

-5. 25%.

1. Укажите критерии, по которым оценивается стоматологическое здоровье в группе 18-летних:

+1. Количество здоровых секстантов, КПУ (доля «У»);

-2. КПУ, количество секстантов с глубокими карманами;

-3. КПУ (доля «У»), количество секстантов с глубокими карманами;

-4. КПУ (доля «П»), количество исключенных секстантов;

-5. КПУ (доля «К»), количество здоровых секстантов.

1. Приведите примеры стран с КПУ 12-летних меньше 1,5:

+1. Финляндия, Дания, Нидерланды;

-2. Польша, Литва, Россия;

-3. Казахстан, Латвия, Швеция;

-4. Беларусь, Россия, Украина;

-5. Украина, Латвия, Эстония.

1. Укажите критерии, по которым оценивается стоматологическое здоровье в группе 15-летних:

-1. Количество здоровых секстантов, процент свободных от кариеса;

-2. Процент свободных от кариеса, КПУ (общий, доля «К» и «У»);

-3. Количество секстантов с глубокими карманами, КПУ (общий, доля «К» и «У»);

+4. Количество здоровых секстантов, КПУ (общий, доля «К» и «У»);

-5. Количество здоровых секстантов, КПУ (доля «П»).

1. Цель эпидемиологических исследований — это:

+1. Изучение распространенности заболеваний среди популяции;

-2. Изучение индекса гигиены полости рта;

-3. Заполнение медицинской документации;

-4. Изучение программ профилактики;

-5. Изучение обеспеченности персоналом, медикаментами

1. КПУ у взрослого населения стран западной Европы варьирует от :

+1. 16,7 до 25,0;

-2. 3,5 до 8,9;

-3. 13,8 до 15,7;

-4. 4,7 до 21,2;

-5. 7,5 до 16,3.

1. Ситуационный анализ – это:

-1. Анализ деятельности и управления всей системой стоматологической помощи;

+2. Врачебный логический анализ стоматологической заболеваемости и всех факторов, определяющих стоматологическое здоровье населения района обслуживания;

-3. Врачебный логический анализ эффективности методов профилактики основных стоматологических заболеваний;

-4. Анализ работы систем стоматологической помощи населению;

-5. Анализ стоматологической заболеваемости и методы профилактики.

1. Цель ситуационного анализа:

-1. Изучение заболеваемости, планирование стоматологической помощи;

+2. Выявление факторов риска, изучение заболеваемости, определение тенденций заболеваний;

-3. Планирование стоматологической помощи, определение тенденций заболеваний;

-4. Финансовое и материальное обеспечение стоматологической службы;

-5. Изучение заболеваемости, выявление факторов риска.

1. Включает в себя понятие «стоматологическая помощь населению» при проведении ситуационного анализа?

-1. Виды, количество, оснащенность лечебных учреждений, общее количество населения обслуживаемого района;

-2. Общее количество населения обслуживаемого района, виды, количество стоматологического персонала;

+3. Затраты на стоматологическую помощь ,виды, количество стоматологического персонала, наличие и оснащенность лечебных учреждений;

-4. Данные о загрязнении окружающей среды и климате, виды, количество стоматологического персонала;

-5. Количество населения обслуживаемого района, количество персонала, данные о загрязнении окружающей среды.

1. При расчете УСП (уровня стоматологической помощи) учитываются:

-1. Нелеченный кариес («К»), дефекты зубных рядов, восстановленные ортопедическими конструкциями;

-2. Леченный кариес («П»), дефекты зубных рядов, не восстановленные ортопедическими конструкциями;

+3. Нелеченный кариес («К»), дефекты зубных рядов, не восстановленные ортопедическими конструкциями;

-4. Леченный кариес («П»), дефекты зубных рядов, восстановленные ортопедическими конструкциями;

-5. Исключенные секстанты, дефекты зубных рядов, не восстановленные протезами.

1. Какому уровню стоматологической помощи соответствует УСП = 80% и выше?

-1. Плохому;

-2. Недостаточному;

-3. Удовлетворительному;

+4. Хорошему;

-5. Очень хорошему.

1. Какому уровню стоматологической помощи соответствует УСП = 50-79%?

-1. Плохому;

-2. Недостаточному;

+3. Удовлетворительному;

-4. Хорошему;

-5. Очень хорошему.

1. Впервые индекс КПУ был описан:

-1. Miller;

+2. Klein;

-3. Naylor;

-4. Боровский;

-5. Black.

1. Проводится ли выявление факторов риска при проведении ситуационного анамнеза?

+1. Да;

-2. Нет;

-3. Зависит от исходной ситуации;

-4. Зависит от исследователя;

-5. Проводится по требованию администрации

1. Для чего используют данные ситуационного анализа?

+1. Для планирования стоматологической помощи, определения объема финансирования;

-2. Для выявления тенденций кариеса и определения эффективности профилактики;

-3. Для направления в Минздрав;

-4. Для выявления факторов риска стоматологических заболеваний;

-5. Для направления в облздравотдел.

1. Можно ли использовать в ситуационном анализе демографические данные шестилетней давности?

-1. Да;

-2. Да, без изменений;

+3. Да, но надо сделать поправки

-4. Нет

-5. Зависит от исходной ситуации

1. Какому уровню стоматологической помощи соответствует УСП = 10-49%?

-1. Плохому;

+2. Недостаточному;

-3. Удовлетворительному;

-4. Хорошему;

-5. Очень хорошему.

1. Какому уровню оказания стоматологической помощи соответствует УСП = 0-9%?

+1. Плохому;

-2. Недостаточному;

-3. Удовлетворительному;

-4. Хорошему;

-5. Очень хорошему.

1. Что такое «здоровый образ жизни»?

-1. Комплекс государственных, социальных, гигиенических, медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение болезней;

+2. Особенности повседневной жизни людей (труд, быт, использование свободного времени, материальных и духовых потребностей, нормы и правила поведения), способствующие предупреждению болезней и сохранению здоровья;

-3. Комплекс медицинских, гигиенических, профсоюзных мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение болезней;

-4. Комплекс государственных, социальных, экономических мер, направленных на высокий уровень жизни людей;

-5. Комплекс юридических, социальных, медицинских мер направленных на профилактику и лечение хронических заболеваний человека.

1. Какими должны быть профессиональные рекомендации стоматолога?

+1. Научно обоснованными, проверенными на практике;

-2. Авторитетными;

-3. Научно обоснованные, но не проверенные на практике;

-4. Популярными;

-5. Грамотными.

1. Укажите формы обеспечения здоровья населения:

+1. Законы, постановления, решения, инструкции;

-2. Лекции, семинары;

-3. Телевидение, радио, беседы;

-4. Ответы на вопросы, игры, лекции;

-5. Распространение печатных и иллюстрированных материалов.

1. Укажите наиболее эффективный способ формирования здорового образа жизни:

-1. Стоматологическое просвещение;

-2. Обеспечение здоровья;

+3. Стоматологическое просвещение и обеспечение здоровья;

-4. Устранение вредных привычек;

-5. Лечение хронических заболеваний.

1. Какие заболевания подлежат включению в программу СИНДИ?

-1. Туберкулез, кариес зубов, сердечно-сосудистые;

-2. Сахарный диабет, СПИД, сердечно-сосудистые;

+3. Сахарный диабет, кариес зубов, сердечно-сосудистые;

-4. СПИД, сахарный диабет, венерические болезни;

-5. Сахарный диабет, артриты, сердечно-сосудистые.

1. Укажите средства стоматологического просвещения:

-1. Беседы, лекции, семинары, уроки, игры;

+2. Радио, телевидение, газеты, журналы, плакаты, памятки;

-3. Законы, решения;

-4. Инструкции, постановления;

-5. Распространение печатных и иллюстрированных материалов.

1. Укажите основные этапы приобретения здоровых привычек:

+1. Получение информации, появление интереса, осуществление пробных и систематических действий;

-2. Получение информации, выбор средств гигиены, осуществление систематических действий;

-3. Выбор средств гигиены, выполнение систематических действий;

-4. Получение информации, появление интереса, осуществление систематических действий;

-5. Появление интереса, проведение пробных и систематических действий.

1. Связано ли развитие кариеса и болезней периодонта с образом жизни человека?

+1. Да;

-2. Нет;

-3. Не установлено;

-4. Да, только при заболеваниях периодонта;

-5. Да, только при некариозных поражениях эмали зубов.

1. Укажите цель стоматологического просвещения:

-1. Обеспечение населения средствами гигиены;

+2. Выработка здоровых привычек у населения;

-3. Обеспечение стоматологического здоровья населения;

-4. Обеспечение населения медикаментами;

-5. Обеспечение населения качественным стоматологическим обслуживанием.

1. Укажите заболевания полости рта, возникающие под влиянием факторов нездорового образа жизни (курение, излишнее употребление алкоголя):

-1. Кариес и его осложнения;

-2. Некариозные поражения эмали;

+3. Заболевания слизистой оболочки полости рта;

-4. Заболевания периодонта

-5. Все вышеперечисленные.

1. Стоматологическое просвещение – это:

+1. Предоставление населению любых познавательных возможностей для самооценки и выработки поведения и привычек, исключающих факторы риска возникновения заболеваний;

-2. Создание условий жизнедеятельности, исключающих вредные для здоровья факторы, предоставленные медицинской помощи для поддержания приемлемого уровня здоровья;

-3. Предоставление населению материальных возможностей для выработки здоровых привычек;

-4. Предоставление населению информации о факторах риска стоматологических заболеваний;

-5. Предоставление населению медицинской помощи для поддержания приемлемого уровня здоровья.

1. Обеспечение здоровья – это:

-1. Предоставление населению любых познавательных возможностей для самооценки и выработки поведения и привычек, исключающих факторы риска возникновения заболеваний;

+2. Создание условий жизнедеятельности, исключающих вредные для здоровья факторы, предоставление медицинской помощи для поддержания приемлемого уровня здоровья.

-3. Предоставление населению материальных возможностей для выработки здоровых привычек;

-4. Предоставление населению информации о факторах риска стоматологических заболеваний;

-5. Предоставление населению медицинской помощи для поддержания приемлемого уровня здоровья.

1. Программа СИНДИ направлена на профилактику:

-1. Инфекционных заболеваний;

+2. Неинфекционных заболеваний;

-3. Острых инфекционных заболеваний;

-4. Дерматологических заболеваний;

-5. Редко встречающихся заболеваний.

1. Какой этап является первым в процессе приобретения здоровых привычек?

-1. Появление интереса;

+2. Получение информации;

-3. Выработка убежденности;

-4. Выработка нестойких привычек;

-5. Выработка стойких привычек.

1. Программа СИНДИ – это:

-1. Вертикальная программа коммунальной профилактики стоматологических заболеваний, проводимая под эгидой ВОЗ;

+2. Интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний, в том числе стоматологических;

-3. Горизонтальная программа коммунальной профилактики стоматологических заболеваний, проводимая под эгидой ВОЗ;

-4. Вертикальная и горизонтальная программа коммунальной профилактики стоматологических заболеваний, проводимая под эгидой ВОЗ;

-5. Диагональная программа коммунальной профилактики стоматологических заболеваний, проводимая под эгидой ВОЗ.

1. Укажите факторы, влияющие на кариесогенный потенциал продуктов питания:

+1. Частота употребления углеводов и их адгезивность, продолжительность употребления углеводов, состав и свойства слюны, концентрации фтора в воде, в продуктах питания, восприимчивость эмали к кислотной атаке;

-2. Продолжительность употребления углеводов, курение, состав и свойства слюны, концентрация фтора в воде, в продуктах питания, общие заболевания, адгезивность углеводов, восприимчивость эмали к кислотной атаке.

-3. Частота употребления углеводов, концентрация фтора в продуктах питания, питание, курение, употребление алкоголя;

-4. Продолжительность и частота употребления углеводов, состав и свойства слюны, концентрация кальция в продуктах питания;

-5. Концентрация фтора в воде, кальция в продуктах питания, состав и свойства слюны, объяснение пациенту факторов риска, связанных с питанием, восприимчивость эмали к продуктам питания.

1. Тактика стоматолога при коррекции питания включает:

-1. Оценку полноценности диеты (присутствие 4 основных групп), оценку калорийности диеты, определение частоты приема пищи и сахаров, коррекцию диеты для оптимального соотношения в ней белков, жиров, углеводов, минеральных веществ, объяснение пациенту факторов риска, связанных с питанием, помощь пациенту в выборе некариесогенных продуктов и правильного режима питания;

+2. Оценку полноценности диеты (присутствие 4 основных групп), определение частоты приема пищи и сахаров, объяснение пациенту факторов риска, связанных с питанием, помощь пациенту в выборе некариесогенных продуктов и правильного режима питания;

-3. Оценку полноценности диеты (присутствие 4 основных групп), коррекцию диеты для оптимального соотношения белков, жиров и углеводов, помощь пациенту в подборе некариесогенных продуктов питания и правильного режима питания;

-4. Оценку полноценности диеты (присутствие 4 основных групп), продолжительность и частота употребления углеводов, состав и свойства слюны, концентрация кальция в продуктах питания;

-5. Оценку полноценности диеты (присутствие 4 основных групп), оценку калорийности диеты, определение количества сахаров, количества употребляемых продуктов питания.

1. Укажите рекомендации ВОЗ в отношении употребления сахаров:

-1. Использовать сахарозаменители;

-2. Меньше есть сахара;

-3. Реже есть сладости;

+4. Меньше и реже есть сладости;

-5. Употреблять сладости в большом количестве.

1. Как долго сохраняется критическое значение рН зубного налета после приема углеводистой пищи?

-1. 10 – 20 минут;

+2. 20 минут – 2 часа;

-3. Восстанавливается сразу же до безопасного уровня;

-4. 5 минут;

-5. 30 минут.

1. Укажите основные группы пищевых продуктов:

+1. Мясные, молочные, фруктово-овощные, хлебные;

-2. Мясомолочные, овощные, фруктовые, хлебобулочные;

-3. Мясорыбные, овощные, фруктовые, хлебобулочные;

-4. Рыбные, хлебные, фруктовые, мясные;

-5. Овощные, молочные, мясные, хлебные.

1. Являются ли свежие фрукты кариесогенными продуктами?

+1. Да;

-2. Нет;

-3. Неизвестно;

-4. Нет данных;

-5. Нет информации.

1. Укажите вещества с относительно высокой кариесогенностью?

-1. Сахарин, цикломейт, аспартам, ацесуфатам;

-2. Сорбитол, ксилитол, аллатинит, ликазин;

+3. Глюкоза, фруктоза, галактоза;

-4. Сорбитол, аспартам, цикломейт;

-5. Сахарин, аспартам, сорбитол, ксилитол

1. Укажите требования к резиновой основе жевательной резинки:

+1. Должна быть без вкуса, без цвета, не твердеть при длительном жевании;

-2. Обладать мятным или фруктовым вкусом, не твердеть при длительном жевании.

-3. Должна быть без вкуса, без цвета, твердеть при длительном жевании;

-4. Обладать мятным или фруктовым вкусом, твердеть при длительном жевании;

-5. Должна быть без вкуса, флюоресцировать в темноте, не твердеть при длительном жевании.

1. Значительное воздействие на скорость слюноотделения оказывают жевательные резинки:

-1. С кисилитолом;

-2. С карбамидом;

-3. С мятным вкусом;

-4. С сахаром;

-5. С лимонным вкусом;

+6. Любые.

1. Относятся ли жевательные резинки к основным средствам гигиены?

-1. Да;

+2. Нет;

-3. Да, только с ксилитом;

-4. Да, только с хлоргекседином;

-5. Да, только со фтором.

1. Основным источником кальция в рационе жителей Беларуси являются:

-1. Картофель;

+2. Молочные продукты;

-3. Бобовые;

-4. Морепродукты;

-5. Сладости.

1. Какой из методов экзогенной фторпрофилактики использует большинство населения мира?

-1. Аппликации фторидов;

-2. Полоскание раствором фторидов;

+3. Использование фторсодержащих зубных паст;

-4. Использованием гигиенических зубных паст;

-5. Герметизация фиссур.

1. Какие уровни внедрения фторированной пищевой соли существуют?

+1. Тотальный и частичный;

-2. Индивидуальный и коммунальный;

-3. Индивидуальный;

-4. Групповой;

-5. Индивидуальный и групповой.

1. Укажите эффективность использования фторсодержащих таблеток в профилактике кариеса постоянных зубов?

+1. 60%;

-2. 0-15%;

-3. 15 -30%;

-4. 0 – 40%;

-5. Неизвестно.

1. Какие фтористые гели предназначены для самостоятельного применения взрослым пациентам?

-1. Концентрация фтора – 500 – 1000 ppm;

+2. Концентрация фтора – 1000 – 5000 ppm;

-3. Концентрация фтора – 1000 – 10000 ppm;

-4. Концентрация фтора – 5000 – 123000 ppm;

-5. Концентрация фтора – 7000 – 7500 ppm.

1. Укажите эффективность фторирования питьевой воды в профилактике кариеса постоянных зубов:

-1. 10 – 30 %;

-2. 40 – 50 %;

+3. 50 – 60 %;

-4. 20 -40%;

-5. 80 -90%.

1. Дополнительно фтор в таблетках или каплях не назначается при концентрации его в питьевой воде более:

-1. 0,3 мг/л;

-2. 0,5 мг/л;

+3. 0,7 мг/л;

-4. 0,4 мг/л;

-5. 0,1 мг/л.

1. Укажите концентрацию раствора фторида натрия, применяемого при ежедневных полосканиях

+1. 0,05 %;

-2. 0,2 %;

-3. 0,1 %;

-4. 0,02 %;

-5. 0,5 %.

1. Укажите самый массовый метод фторпрофилактики в мире:

-1. Фторирование питьевой воды;

-2. Фторирование молока;

-3. Фторирование пищевой соли;

+4. Использование фторированных зубных паст;

-5. Использование фтортаблеток.

1. Укажите эффективность фторированного молока в профилактике кариеса на коммунальном уровне:

-1. 20 %;

-2. 60 %;

-3. 40 %;

-4. 80 %;

+5. Эффективность изучается.

1. Укажите минимальную эффективную (профилактическую) концентрацию фтора в пищевой соли:

-1. 100 мг/кг;

+2. 200 мг/кг;

-3. 300 мг/кг;

-4. 150 мг/кг;

-5. 350 мг/кг.

1. Какой из системных методов фторпрофилактики наиболее популярен в мире?

-1. Фторирование пищевой соли;

+2. Фторирование воды;

-3. Использование фторсодержащих таблеток;

-4. Фторирование молока;

-5. Неизвестно.

1. Укажите клиническую эффективность фторсодержащих зубных паст при применении в течение жизни:

+1. 25 – 30 %;

-2. 40 – 60%;

-3. 10 – 20 %;

-4. Не установлено;

-5. 50 -70 %.

1. Для мониторинга фторнагрузки населения при проведении системной фторпрофилактики исследуют:

-1. Содержание фторидов в моче;

+2. Скорость экскреции фторидов с мочой;

-3. Содержание фторидов в слюне;

-4. Содержание фторидов в желудочном соке;

-5. Содержание фторидов в моче.

1. Содержание фторидов во фторированном молоке составляет:

-1. 0,8-1,0 мг/л;

+2. 2.5-5.0 мг/л;

-3. 250 мг/л;

-4. До 2,5 мг/л;

-5. 150 мг/л.

1. Профилактика стоматологических заболеваний – это:

+1. Система государственных, социальных, гигиенических, медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение болезней;

-2. Система государственных, социальных, экономических, политических мер, направленных на обеспечение благосостояния населения;

-3. Система юридических, медицинских мер, направленных на обеспечение благосостояния населения;

-4. Система медицинских, гигиенических мер, направленных на профилактику стоматологических заболеваний;

-5. Система государственных, медицинских, гигиенических мер, направленных на развитие здорового образа жизни.

1. Укажите цель первичной профилактики:

+1. Сохранение здоровья, устранение воздействия на человека факторов природной и социальной среды, способных вызвать патологические изменения;

-2. Раннее выявление заболеваний, предупреждение прогрессирования болезненного процесса и возможных осложнений;

-3. Предупреждение перехода болезни в более тяжелую форму или стадию, предупреждение обострений в ее течении, снижение временной нетрудоспособности, инвалидности, смертности;

-4. Предупреждение обострения хронических болезней и их перехода в более тяжелые формы;

-5. Снижение временной трудоспособности, инвалидности, смертности, выявление факторов риска возникновения хронических заболеваний.

1. Укажите цель вторичной профилактики:

-1. Сохранение здоровья, устранение воздействия на человека факторов природной и социальной среды, способных вызвать патологические изменения;

+2. Раннее выявление заболеваний, предупреждение прогрессирования болезненного процесса и возможных осложнений;

-3. Предупреждение перехода болезни в более тяжелую форму или стадию, предупреждение обострений в ее течении, снижение временной нетрудоспособности, инвалидности, смертности.

-4. Предупреждение обострения хронических болезней и их перехода в более тяжелые формы;

-5. Снижение временной трудоспособности, инвалидности, смертности, выявление факторов риска возникновения хронических заболеваний.

1. Укажите цель третичной профилактики:

-1. Сохранение здоровья, устранение воздействия на человека факторов природной и социальной среды, способных вызвать патологические изменения в организме;

-2. Раннее выявление заболеваний, предупреждение прогрессирования болезненного процесса и возможных осложнений;

+3. Предупреждение перехода болезни в более тяжелую форму или стадию, предупреждение обострений в ее течении, снижение временной нетрудоспособности, инвалидности, смертности.

-4. Предупреждение обострения хронических болезней и их перехода в более тяжелые формы;

-5. Снижение временной трудоспособности, инвалидности, смертности, выявление факторов риска возникновения хронических заболеваний.

1. Сбор эпидемиологических данных необходимо проводить:

+1. До определения задач коммунальных программ профилактики;

-2. После определения задач коммунальных программ профилактики;

-3. На этапе планирования персонала;

-4. На этапе обучения персонала;

-5. После проведения ситуационного анализа.

1. Укажите наиболее обоснованную измеримую задачу первичной профилактики кариеса зубов для школьников 12 лет в условиях Республики Беларусь согласно Программе профилактики 2017г.:

-1. Снижение распространенности кариеса 50% за 5 лет;

-2. Стабилизация заболеваемости кариесом;

+3. Уменьшение среднего КПУ с 2,5 до 2,0 за 3 года;.

-4. Снижение распространенности кариеса 30% за 5 лет;

-5. Снижение распространенности кариеса 50% за 10 лет.

1. Укажите наиболее особенную измеримую задачу первичной профилактики кариеса зубов для школьников 6 лет в условиях Республики Беларусь согласно Программе профилактики 2017г.:

+1. Доля детей со здоровыми зубами не менее 30%;

-2. Стабилизация распространенности и интенсивности кариеса;

-3. Все дети 6-летнего возраста не будут иметь кариозных зубов.

-4. Уменьшение среднего КПУ до 1,0;

-5. Уменьшение среднего КПУ до 2,0 («К» до 0,5).

1. Этапами планирования коммунальных программ профилактики является:

+1. Ситуационный анализ, определение задач, оценка эффективности;

-2. Постановка целей и задач, систематическая стоматологическая помощь детям;

-3. Разработка программы, санация школьников, оценка эффективности;

-4. Определение задач, внедрение, оценка эффективности;

-5. Ситуационный анализ, внедрение, оценка эффективности.

1. При постановке измеримых задач коммунальной программы профилактики необходимо в первую очередь ориентироваться:

+1. На эффективность методов профилактики;

-2. Мировой опыт;

-3. На экономическую ситуацию в стране;

-4. На стоимость программы;

-5. На экономичность приемлемых методов.

1. Сколько человек (по данным ВОЗ, 1987 г.) Может обучить чистке зубов один гигиенист?

-1. 100000;

+2. 2400;

-3. 14000;

-4. 3000;

-5. 4000.

1. При расчете стоимости программ профилактики учитывается:

-1. Количество людей, охваченных программой;

-2. Стоимость средств, использованных в программах профилактики;

-3. Стоимость средств профилактики;

-4. Стоимость оборудования и помещений;

-5. Транспорт, командировки, другие сопутствующие затраты;

+6. Все вышеперечисленное.

1. Является ли профессиональная гигиена методом профилактики заболеваний периодонта?

+1. Да;

-2. Нет;

-3. Только в комплексе с применением препаратов фтора;

-4. Не установлено;

-5. Только в комплексе с санацией полости рта.

1. Укажите оптимальное время, рекомендованное ВОЗ, для обучения чистке зубов одного класса школьников:

-1. 1 мин;

-2. 3 мин;

+3. 6 мин;

-4. 10 мин;

-5. 15 мин.

1. Укажите самый эффективный метод обоснования измеримых задач при планировании коммунальной профилактики кариеса:

+1. Использование для расчетов известных параметров медицинской эффективности методов профилактики;

-2. Использование нормативных документов и ведомств;

-3. Использование собственного практического опыта профилактики;

-4. Научное обоснование задач;

-5. Изучение тенденций стоматологических заболеваний.

1. Какой процент снижения кариеса зубов наблюдается при самостоятельной чистке зубов фторсодержащей зубной пастой в течение всей жизни?

+1. 25 – 30%;

-2. 40 – 60%;

-3. 20 – 35%;

-4. 10 – 20%;

-5. 20 – 25%.

1. Назовите метод коммунальной профилактики болезней периодонта:

-1. Улучшение социально-экономических условий и гигиены полости рта;

+2. Регулярное механическое удаление зубного налета зубной щеткой и профессиональное удаление зубного камня;

-3. Повышение уровня образования и лечение общих хронических заболеваний;

-4. Санация полости рта;

-5. Рациональное протезирование.

1. Укажите цель Программы профилактики Республики Беларусь к 2020 году среди 5 – 6-летних детей (процент детей свободных от кариеса):

-1. 15%;

+2. Не менее 30%;

-3. 50%;

-4. 80%;

-5. 60%.

1. Укажите методы фторпрофилактики, рекомендованные в Программе профилактики 2017г.?

-1. Фторирование воды, полоскания раствором фторидов;

+2. Использование йодированно-фторированной пищевой соли и фторсодержащих зубных паст;

-3. Использование гелей, лаков и растворов фторидов для полоскания полости рта;

-4. Использование фтортаблеток;

-5. Использование фторированного молока.

1. Укажите цель Программы профилактики Республики Беларусь к 2020 году у 12-летних детей (по индексу КПУ):

-1. 1,5;

+2. 2,0;

-3. 3,0;

-4. 2,5;

-5. 1,0.

1. Какие методы фторпрофилактики рекомендованы в Программе профилактики Республики Беларусь для взрослого населения?

+1. Использование йодированно-фторированной пищевой соли, фторсодержащих зубных паст;

-2. Использование фтор-гелей, фторированного молока;

-3. Использование фторированной питьевой воды, фторсодержащих таблеток;

-4. Использование фторированного молока;

-5. Использование пломбировочных материалов, с медленным выделением фтора.

1. Какой метод системной фторпрофилактики рекомендован в Программе профилактики Республики Беларусь?

+1. Йодированно-фторированная соль;

-2. Фторированная вода;

-3. Фторированное молоко;

-4. Фторсодержащие таблетки;

-5. Фторированные капли.

1. Система стоматологической помощи населению, согласно рекомендациям ВОЗ, должна включать:

-1. Первичную профилактику, помощь детям и взрослым по обращаемости, информационную систему;

+2. Первичную профилактику, систематическую помощь детям, помощь взрослым по обращаемости, мониторинг, подготовку персонала;

-3. Финансовое обеспечение, подготовку персонала, систематическую помощь взрослым и детям, оценку оказания помощи;

-4. Материальное и финансовое обеспечение, оценку и мониторинг;

-5. Стоматологическую помощь взрослого и детского населения.

1. Самый эффективный метод систематической помощи детям:

+1. Профилактика;

-2. Лечение на ранних стадиях;

-3. Лечение на поздних стадиях;

-4. Все вмешательства эффективны одинаково;

-5. Лечение раз в 2 года.

1. Укажите главную цель «плановой санации»?

-1. Профилактика;

+2. Лечение кариеса молочных и постоянных зубов и его осложнений;

-3. Оценка уровня стоматологического здоровья;

-4. Лечение кариеса молочных зубов и его осложнений;

-5. Лечение кариеса только постоянных зубов.

**Терапевтическая стоматология**

1. Белесоватые пятна на эмали зубов характерны для:

+1. Начального кариеса

-2. Поверхностного кариеса

-3. Приостановившегося кариеса

-4. Клиновидного дефекта

-5. Эрозии эмали

1. Дефекты эмали в пришеечной области отмечаются при:

-1. Эмалевой капле

+2. Клиновидном дефекте (абразивный износ)

-3. Кариесе в стадии пятна

-4. Флюорозе

-5. Гипоплазии

1. Локализация пятен на вестибулярной поверхности в области экватора характерна для:

-1. Эрозии

-2. Клиновидного дефекта

-3. Кариеса в стадии пятна

+4. Флюороза

-5. Приостановившегося кариеса

1. Окрашивание эмали метиленовой синью в синий цвет характерно для:

-1. Эрозии

-2. Клиновидного дефекта

+3. Начального кариеса

-4. Флюороза

-5. Гипоплазии

1. Какие методы используются для диагностики начального кариеса:

-1. Термометрия

-2. Оценка гигиенического индекса

-3. Метод зондирования

-4. Метод перкуссии

+5. Окраска метиленовой синью

1. Какие признаки характерны для кариеса в стадии пятна?

-1. Дефект эмали

-2.Темные пятна на эмали зубов

-3. Локализация пятен в области режущего края

-4. Локализация пятен на вестибулярной поверхности в области экватора

+5. Пятна окрашиваются метиленовой синью

1. Назовите особенности, характерные для флюороза:

+1. Содержание фтора в воде 2,4 мг/л

-2.Только темные пятна на эмали зубов

-3. Локализация пятен в пришеечной области

-4. Локализация пятен только на оральной и небной поверхности зубов

-5. Пятна окрашиваются метиленовой синью

1. Назовите особенности, характерные для гипоплазии:

-1. Содержание фтора в воде 2,4 мг/л

+2. Белесоватые пятна на эмали зубов

-3. Локализация пятен в пришеечной области

-4. Локализация пятен на буграх моляров и премолярах

-5. Пятна окрашиваются метиленовой синью

1. При каких заболеваниях характерно сочетание следующих симптомов: боль от термических раздражителей, зондирование дна кариозной полости болезненно в одной точке?

-1. Кариес дентина

-2. Гиперимия пульпы (глубокий кариес)

+3. Острый серозный частичный пульпит

-4. Хронический апикальный периодонтит

-5. Хронический гангренозный пульпит

1. В каких случаях возможно сочетание следующих симптомов: боль от термических раздражителей и при зондировании, изменения в периодонтальной щели на рентгенограмме?

-1. Острый частичный серозный пульпит

-2. Острый гнойный пульпит

+3. Хронический гангренозный пульпит

-4. Кариес дентина

-5. Острый апикальный периодонтит

1. Показания для лечения пульпита консервативным методом:

+1. Случайно вскрытый рог пульпы, острый частичный пульпит у молодых лиц при электровозбудимости менее 20 мкА

-2. Случайно вскрытый рог пульпы, острый частичный пульпит, фиброзный пульпит у молодых лиц при электровозбудимости >20 мкА, в многокорневых зубах при наличии полости II, V класса

-3. Случайно вскрытый рог пульпы, острый частичный пульпит, фиброзный пульпит в однокорневых зубах у пожилых людей

-4. Случайно вскрытый рог пульпы, острый частичный пульпит, фиброзный пульпит у лиц, страдающих хроническими инфекционными заболеваниями

-5. Ретроградный пульпит

1. Какому диагнозу соответствуют приведенные жалобы: постоянные ноющие боли в области причинного зуба, им предшествовали в течение нескольких дней интенсивные боли, после появления свища боли успокоились?

-1. Острый серозный периодонтит

-2. Острый гнойный периодонтит

-3. Хронический периодонтит

+4. Обострение хронического гранулирующего

-5. Обострение хронического гранулематозного

1. При каком диагнозе обычно жалоб нет?

-1. Острый серозный периодонтит

-2. Острый гнойный периодонтит

+3. Кариес эмали

-4. Эрозия эмали

-5. Абразивный износ (клиновидный дефект)

1. При каком диагнозе жалоб может не быть, но иногда возникает чувство неловкости, дискомфорта в зубе, неприятный запах?

-1. Острый серозный периодонтит

-2. Острый гнойный периодонтит

-3. Хронический фиброзный периодонтит

-4. Хронический гранулирующий периодонтит

+5. Хронический гангренозный пульпит

1. Клинике какого периодонтита соответствуют приведенные данные анамнеза: после окончания лечения пульпита боли возникли на 2-й день?

+1. Острый серозный периодонтит

-2. Хронический гранулематозный периодонтит

-3. Хронический фиброзный периодонтит

-4. Хронический гранулирующий периодонтит

-5. Обострение хронического периодонтита

1. Клинике какого периодонтита соответствуют приведенные данные анамнеза: отмечаются периодически появляющиеся ноющие боли с одновременным появлением отделяемого из свища?

-1. Хронический фиброзный периодонтит

-2. Острый гнойный периодонтит

-3. Острый серозный периодонтит

+4. Обострение хронического гранулирующего периодонтита

-5. Обострение хронического гранулематозного периодонтита

1. На каком уровне определяется болезненность пульпы при зондировании в зубе с хроническим гипертрофическим пульпитом?

-1. При входе в полость зуба

+2. В кариозной полости

-3. В глубине полости зуба

-4. В области устья корневого канала

-5. В глубине корневого канала

1. Укажите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать хронический простой пульпит:

+1. Гиперемия пульпы

-2. Кариес дентина

-3. Кариес эмали

-4. Эрозия эмали

-5. Острый общий серозный пульпит

1. Укажите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать хронический гангренозный пульпит:

+1. Хронический апикальный периодонтит

-2. Гиперемия пульпы

-3. Хронический гиперпластический пульпит

-4. Острый общий серозный пульпит

-5. Острый общий гнойный пульпит

1. При каких формах пульпита, апикального периодонтита полость зуба может быть не вскрыта?

+1. Хронический простой пульпит

-2. Хронический гиперпластический пульпит

-3. Хронический гангренозный пульпит

-4. Острая травма зуба (перелом коронки зуба)

-5. Все перечисленное

1. Укажите пределы колебания электровозбудимости в зубах с некрозом всей пульпы по Рубину Л.Р.

-1. От 2 до 6 мка

-2. От 6 до 60 мка

-3. От 60 до 100 мка

+4. От 100 мка и выше

-5. От 80 до 100 мка

1. Методы лечения больного А. (40 лет, с сахарным диабетом), у которого выявлен хронический простой пульпит с закрытой полостью зуба, локализацией поражения на жевательной поверхности:

-1. Метод сохранения жизнеспособности всей пульпы

-2. Витальная ампутация

+3. Витальная экстирпация

-4. Девитальная ампутация

-5 Удаление зуба

1. Возможные методы лечения при хроническом гангренозном пульпите:

-1. Метод сохранения жизнеспособности всей пульпы

-2. Витальная ампутация

+3. Витальная экстирпация

-4. Девитальная ампутация

-5 Удаление зуба

1. Работа пульпоэкстрактором подразумевает:

-1. Поворот его на 90 градусов

-2. Поворот его на 180 градусов

+3. Поворот его на 360 градусов

-4. Возвратно-поступательные движения

-5. Поворот на 720 градусов

1. К инструментам для расширения устьев каналов относятся:

-1. К-ример

-2. Н -файл

-3. «К-file»

-4. Каналонаполнитель

+5. «Gates Glidden»

1. Для прохождения канала используются:

-1. Спредер

-2. Пульпоэкстрактор

-3. Н-файл

+4. «К-Reamer»

-5. Плагер

1. Какой местный анестетик обладает способностью диффундировать в костную ткань?

-1. Прокаин

-2. Прилокаин

-3. Мепивакаин

-4. Лидокаин

+5 Артикаин

1. Какой местный анестетик показан у пациентов с нарушениями сердечного ритма?

+1. Лидокаин

-2. Тримекаин

-3. Артикаин

-4. Мепивакаин

-5. Новокаин

1. Какой местный анестетик обладает сосудосуживающим эффектом?

-1. Лидокаин

-2. Тримекаин

-3. Артикаин

+4. Мепивакаин

-5. Прилокаин

1. Противопоказания к проведению интралигаментарной анестезии:

-1. Наличие воспалительного процесса в периодонте

-2. Пациенты с риском развития септического эндокардита

-3. Зубы с несформированными корнями

-4. Зубы, перемещающиеся в результате ортодонтического лечения

+5. Все перечисленное

1. Назовите положительные свойства амальгам:

-1. Обладает хорошей адгезией

+2. Механически устойчивы

-3. Химически не устойчивы

-4. Трудно формируется пломба

-5. Имеют естественный цвет и блеск

1. Назовите отрицательные свойства композитов:

+1. Усадка

-2. Гидрофильность

-3. Отсутствие дисперсионного слоя

-4. Многокомпонентность

-5. Отсутствие возникновения аллергической реакции

1. Варианты стеклоиономерных материалов по способу отверждения:

-1. Химического отверждения

-2. Светового отверждения

-3. Двойного отверждения

-4. Тройного отверждения

+5. Все перечисленное

1. Дневник учета лечебно-профилактической работы врача-стоматолога - это:

-1. Форма № 037/у-10

+2. Форма № 039/у-10

-3. Форма № 043/у-10

-4 Форма№104

-5. Форма 103

1. В какие сроки проводят эпидемиологическое расследование с момента получения положительного результата исследования пробы крови на наличие антигена ВИЧ или антител к ВИЧ:

-1. Не позднее 48 часов с момента получения результата

-2. Не позднее 24 часов с момента получения результата

+3. Не позднее 72 часов с момента получения результата

-4. Не позднее 1 недели

-5. Не позднее 1 месяца

1. Укажите порядок организации оказания медпомощи лицам, инфицированным ВИЧ:

-1. Лицо, инфицированное ВИЧ, направляется врачом - эпидемиологом в учреждение здравоохранения для организации диспансерного наблюдения у врачей - специалистов кабинета инфекционных заболеваний, консультативно - диспансерного отделения (кабинета)

-2. Врачи - специалисты кабинета инфекционных заболеваний осуществляют осмотр лиц, инфицированных ВИЧ, сбор анамнеза заболевания

-3. Врачи - специалисты проводят отбор лиц для направления в КДО для определения клинической стадии ВИЧ-инфекции и (или) назначения схемы антиретровирусной терапии и проводят АРВТ - по назначению врачей - специалистов КДО

-4. Врачи - специалисты проводят контроль за соблюдением схем приема АРВ - лекарственных средств, с лабораторным мониторингом, проводят профилактику и лечение оппортунистических инфекций, оформляют меддокументацию

+5. Все вышеперечисленное

1. Что отличает эрозию твердых тканей зуба от кариеса?

-1. Локализация в пришеечной области

-2. Полость со временем не увеличивается в размерах

+3. Полость имеет гладкое и плотное дно

-4. Полость имеет мягкий, пигментированный дентин

-5. Глубокая полость с плотным, пигментированным дентином

1. Чем отличаются зубы Гетчинсона от зубов Фурнье?

+1. Наличием полулунной вырезки на режущих краях резцов

-2. Зубы Гетчинсона - проявление системной гипоплазии эмали, а Фурнье - местной

-3. Отличий нет

-4. Наличием кариеса на окклюзионной поверхности

-5. Наличием кариеса на апроксимальной поверхности

1. Какой из перечисленных факторов является причиной местной гипоплазии эмали?

+1. Вовлечение фолликула постоянного зуба в воспалительный процесс или его травма

-2. Болезни матери второй половины беременности

-3. Рахит и сахарный диабет

-4. Наличие вредных привычек

-5. Неудовлетворительная гигиена полости рта

1. На что указывает локализация участка поражения при системной гипоплазии эмали на коронке зуба?

+1. Возраст, в котором пациент перенес причинное заболевание

-2. Длительность заболевания

-3. Тяжесть заболевания.

-4. Наличие вредных привычек

-5. Отсутствие рациональной гигиены полости рта

1. Применение никель-титановых инструментов Рrотареr предназначено для использования техники:

-1. Step Back

+2. Crown Down

-3. Step Down

-4. Метод сбалансированной силы

-5. Все ответы неверны

1. По каким признакам можно отличить на дентальной рентгенограмме радикулярную кисту от хронического апикального периодонтита?

+1. Размер очага

-2. Четкость контуров

+3. Количество вовлеченных зубов

-4. Отличить невозможно

-5. Все ответы неверны

1. С чем может быть связано возникновение постоперационнй чувствительности при применении фотокомпозита?

-1. Нагреванием зуба при препарировании

-2. Нагреванием зуба при полимеризации материала

-3. Усадкой материала

+4. Все вышеперечисленное

-5. Все ответы неверны

1. Что из перечисленного является критерием оценки качества реставрации?

-1. Восстановление формы и функции

-2. Эстетика

-3. Краевой прилегание

-4. Качество поверхности

+5. Все вышеперечисленное

1. Что обосновывает использование стеклоиономерных цементов для изолирующих прокладок?

-1. Образуют связь с дентином

-2. Образуют связь с композитом

-3. Оказывает антикариозное действие

+4. Все вышеперечисленное

-5. Все ответы неверны

1. Какой из перечисленных пломбировочных материалов предпочтительнее использовать при лечении кариеса цемента?

+1. Стеклоиономерный цемент

-2. Компомер

-3. Амальгама

-4. Композит

-5. Все ответы неверны

1. Охарактеризуйте десневой край при остром язвенном гингивите:

+1. Десневой край покрыт грязно-серым налётом, после снятия, которого образуется эрозивная, кровоточащая поверхность.

-2. Десневые сосочки увеличены, уплотнены, покрывают часть коронки.

-3. Десневой край и отдельные десневые сосочки гиперемированы, отечны, легко кровоточат.

-4. Десневой край и альвеолярная десна гиперемирована, имеются очаги десквамацией эпителия

-5. Десневые сосочки гиперемированы, отечны, увеличены в объеме до 1/3 высоты коронки.

1. Каков прогноз острого язвенного гингивита?

+1. Полное излечение.

-2. Рецидивированное.

-3. Переход в хроническую стадию.

-4. Реинфицирование.

-5. Все перечисленное.

1. При каком заболевании некротический налет легко удаляется с поверхности десны?

+1. При неспецифическом язвенном гингивите.

-2. При сифилисе.

-3. При дифтерии.

-4. 1 и 3.

-5. При всех перечисленных.

1. Какое мероприятие необходимо проводить первым при остром язвенном гингивите с выраженными явлениями общей интоксикации?

-1. Мотивацию и обучение гигиене полости рта.

-2. Определение индексов гигиены и гингивита.

-3. Снятие зубных отложений.

+4. Снятие поверхностно-лежащего некротического налета тампонами с Н2О2 и системное назначение антибиотиков.

-5. Хирургическое лечение.

1. Когда при лечении язвенного гингивита используются ферменты?

+1. В процессе снятия некротического налета.

-2. Во время хирургического лечения.

-3. В процессе всего лечения.

-4. Не используются вообще

-5. На стадии эпителизации.

1. Дайте характеристику поверхности десны в норме:

-1. Ровная, матовая;

-2. Гладкая, блестящая;

+3. В виде «апельсиновой корочки».

-4. Бугристая, матовая.

-5. Бледно-розовая, не кровоточит при зондировании.

1. Укажите гистологическую ширину десневой борозды:

-1. 0,5 мм;

+2. 0,15 мм;

-3. 0,7 мм.

-4. 0,05 мм.

-5. 1 мм.

1. Укажите основной неблагоприятный фактор развития гингивита:

-1. Местная травма;

-2. Общее заболевание (сахарный диабет, эндокринные заболевания);

+3. Зубной налет;

-4. Вредные привычки.

-5. Наличие пломб, протезов.

1. Укажите основные клинические проявления хронического гингивита:

-1. Десневые сосочки плотные, розового цвета, зубодесневое соединение сохранено;

+2. Десневые сосочки гиперемированы, легко кровоточат при зондировании, зубодесневое соединение сохранено;

-3. Десневые сосочки гиперемированы, отечны, легко кровоточат при зондировании, зубодесневое прикрепление разрушено.

-4. Десневые сосочки гиперемированы, легко кровоточат при зондировании, глубина зубо-десневого кармана 4 мм.

-5. Десневые сосочки ярко-красные, резко болезненные, легко кровоточат при зондировании, зубодесневое соединение сохранено.

1. Наблюдаются ли рентгенологические изменения в альвеолярной кости при хроническом гингивите?

-1. Да;

+2. Нет;

-3. Только при остром язвенном гингивите.

-4. Только горизонтальная деструкция до 5 мм.

-5. Вертикальная и горизонтальна деструкция.

1. Укажите индексы для оценки локализации и степени тяжести воспаления десны:

+1. GI;

-2. КПИ, CPITN;

-3. OHI-S, РНР.

+4. РМА.

-5. КПУ, PLI.

1. Укажите факторы риска ювенильного периодонтита?

-1. Нарушения образования коллагеновых волокон из-за неполноценного питания.

+2. Определенная микрофлора и генетическая предрасположенность.

-3. Обильные зубные отложения и эндокринные заболевания.

-4. Все перечисленные.

-5. Не выяснены.

1. Укажите распространенность ювенильного периодонтита в популяции?

-1. 8-10%.

+2. 0,1-1,5%.

-3. 10-50%.

-4. Не исследовалось.

-5. 5%.

1. В какой возрастной группе встречается ювенильный периодонтит?

-1. До 11 лет.

+2. 11-19 лет.

-3. После 20 лет.

-4. В разных возрастных группах.

-5. 19 - 29 лет.

1. Где локализуются начальные поражения при ювенильном периодонтите?

-1. В области премоляров и клыков.

+2. В области первых моляров и резцов.

-3. В области третьих моляров.

-4. По всему зубному ряду.

-5. В области резцов верхней и нижней челюсти.

1. Укажите основной клинический признак ювенильного периодонтита?

+1. Отсутствие воспаления десны при наличии глубоких периодонтальных карманов.

-2. Выраженное воспаление десны при неглубоких периодонтальных карманах.

-3. Выраженное воспаление десны и глубокие периодонтальные карманы.

-4. Незначительные зубодесневые карманы при обильном налете.

-5. Выраженное воспаление десны и обильные зубные отложения.

1. Укажите тип кармана, характерный для ювенильного периодонтита?

-1. Десневой карман.

+2. Внутрикостный периодонтальный карман.

-3. Надкостный периодонтальный карман.

-4. «Ложный» карман.

-5. Карманы отсутствуют.

1. В чём причины, предрасполагающие к чувствительности дентина?

-1. Избыточная и неправильная чистка зубов;

-2. Рецессия десны;

-3. Отбеливание зубов;

-4. Чрезмерное закисление полости рта (напитки, соки и др.);

+5. Всё вышеперечисленное.

1. Каким образом проводится профилактика возникновения чувствительности дентина при витальном отбеливании?

-1. Производитель снижает концентрацию активных компонентов в отбеливающем средстве;

+2. Производитель вводит в состав отбеливающего средства 5 %-ный раствор KNO3;

-3. Производитель вводит в состав отбеливающего средства фториды.

-4. Применение фтор-препаратов до отбеливания.

-5. 3 и 4.

1. Клинические методы диагностики рецессии десны:

-1. CPITN.

-2. PI по Rassel, PDI.

+3. Индекс Stahl-Morris.

-4. PLI.

-5. Проба по Кулаженко.

1. Какой фактор риска является ведущим в развитии травматической рецессии?

-1. Плохая гигиена.

-2. Глубокий прикус.

+3. Чрезмерная чистка зубов.

-4. Воспаление.

-5. Травма зуба.

1. Назовите возможные причины физиологической рецессии?

-1. Чрезмерная чистка зубов.

-2. Воспаление десны.

+3. Возрастные изменения тканей периодонта.

-4. Зубочелюстные аномалии.

-5. Все перечисленное.

1. Укажите определение рецессии десны:

+1. Смещение десневого края в апикальном направлении;

-2. Уменьшение десны в объеме;

-3. Увеличение десны в объеме.

-4. Нарастающий, постепенно усиливающийся процесс, развивающийся молниеносно на фоне различных форм периодонтита и приводящий к быстрой потере зубов.

-5. Уменьшение массы и объема десны без видимого воспаления;

1. Когда планируют лечение больного с патологией периодонта?

-1. После постановки предварительного диагноза;

+2. После определения прогноза;

-3. После постановки окончательного диагноза.

-4. В процессе проведения лечебных мероприятий.

-5. 1 и 4.

1. Каковы цели избирательного пришлифовывания?

-1. Достижение множественных окклюзионных контактов, свободы движений верхней и нижней челюстей.

-2. Достижение одиночных и преждевременных окклюзионых контактов.

+3. Достижение множественных и правильных окклюзионых ориентиров, свободы движений нижней челюсти.

-4. Устранение единичных преждевременных контактов.

-5. Достижение свободы движений нижней челюсти.

1. Может ли хроническое воспалительное заболевание периодонта быть полностью обратимым?

-1. Да.

-2. Нет.

+3. Да, при условии отсутствия деструктивных изменений.

-4. Да, только у подростков.

-5. Только хронический простой периодонтит.

1. Какой из этапов не включает в себя мотивация больных с заболеваниями периодонта?

-1. Демонстрация пациенту выявленных у него проблем.

-2. Объяснение пациенту причин заболевания.

-3. Обучение чистке зубов и подбор средств гигиены.

+4. Снятие зубных отложений.

-5. Все перечисленное.

1. Мотивацию пациентов с заболеваниями периодонта необходимо проводить:

-1. 1 раз в год.

-2. 2 раза в год.

-3. Во время первого визита пациента.

+4. Во время каждого посещения пациента.

-5. В зависимости от степени тяжести заболевания.

1. Назовите основные методы профилактики стоматологических заболеваний:

-1. Мотивация по гигиене рта;

-2. Осведомленность пациента о рациональном питании;

-3. Инструктаж по применению фторидов;

-4. Контроль и закрепление уровня гигиены;

+5. Все вышеперечисленное.

1. Каким методом оценивается качество пломбировки корневого канала?

-1. Перкуссией.

-2. Пальпаторно.

+3. Rn-логически.

-4. Все перечисленные.

-5. Внутриротовой камерой.

1. План лечения пациентов с эндопериодонтальными поражениями включает следующие методы:

-1. Хирургические.

-2. Ортопедические

-3. Эндодонтическое лечение.

-4. Регулярное обследование и качественное проведение индивидуальной и профилактической гигиены.

+5. Всё вышеперечисленное.

1. Какие мероприятия неотложной помощи проводятся при остром периодонтальном абсцессе во второе посещение?

-1. Ревизия очага, антисептическая обработка.

-2. Профессиональная гигиена.

-3. Коррекция индивидуальной гигиены и повторная мотивация.

-4. Планирование дальнейшего комплексного лечения заболевания периодонта.

+5. Все вышеперечисленное.

1. Укажите средние сроки использования зубного ершика

+1. 3 недели.

-2. 3 месяца.

-3. 6 месяцев.

-4. 1 год.

-5. 1 месяц.

1. Назовите первый клинический признак воспаления десны

-1. Изменение контура.

-2. Увеличение количества десневой жидкости.

-3. Припухлость.

+4. Кровоточивость.

-5. Болезненность.

1. При заболеваниях СОПР первичным элементом поражения слизистой оболочки будет:

-1.Рубец

-2. Афта

+3. Пузырёк

-4. Эрозия

-5. Язва

1. Назовите вторичный элемент поражения слизистой оболочки:

-1. Пузырь

+2. Язва

-3. Пятно

-4. Папула

-5. Гнойничок

1. Эрозия на слизистой полости рта образуется на месте:

+1. Пузыря

-2. Эритемы

-3. Язвы

-4. Рубца

-5. Афты

1. Язва слизистой рта это:

+1. Повреждение слизистой рта затрагивающее все слои эпителия и распространяясь на разную глубину в подлежащие ткани

-2. Поверхностный дефект эпителия располагающийся на участке слизистой окружённой по периферии ярко-красным ободкам и покрыты бежевым налётом

-3. Повреждение слизистой рта затрагивающее все слои эпителия и распространяющееся на разную глубину в подлежащие ткани

-4. Дефект слизистой оболочки рта в пределах эпителиального слоя

-5. Гиперемия слизистой рта, без деструктивных изменений в ней

1. Афта слизистой рта это:

-1. Повреждение слизистой рта затрагивающее все слои эпителия и распространяясь на разную глубину в подлежащие ткани

+2. Поверхностный дефект эпителия располагающийся на участке слизистой окружённой по перефирии ярко-красным ободкам и покрыты бежевым налётом

-3. Повреждение слизистой рта затрагивающее все слои эпителия и распространяющееся на разную глубину в подлежащие ткани

-4. Дефект слизистой оболочки рта в пределах эпителиального слоя

-5. Гиперемия слизистой рта, без деструктивных изменений в ней

1. К эрозивно-язвенным поражениям слизистой оболочки рта относится:

-1. Красная волчанка (эрозивно-язвенная форма)

-2. Плоский лишай (эрозивно-язвенная форма)

-3. Травматическая эрозия, язва

-4. Стоматит Венсана (язвенно-некротический гингивостоматит)

+5. Все ответы верны

1. Для какого из перечисленных заболеваний характерны образования так называемой «сетка Уитхема» на СОПР?

+1. Плоского лишая

-2. Лейкоплакии

-3. Системная красная волчанка

-4. Кандидоз полости рта

-5 Многоформная экссудативная эритема

1. Уменьшение без видимого воспаления объема десны, альвеолярной кости, сопровождается апикальным перемещением десневого края без образования карманов, называют:

+1. Периодонтальной атрофией.

-2. Периодонтитом.

-3. Рецессией десны.

-4. Гингивитом.

-5 Апикальным периодонтитом

1. Волосатый язык дифференцируют с:

-1. Кандидозом

-2. Красным плоским лишаем

-3. Белым губчатым невусом

-4. Папилломатозом+

+5. Все вышеперечисленное

1. Расстояние между вершиной гребня альвеолярной кости и эмалево-цементной границей в норме составляет (мм)

-1. 0,015-0,05

-2. 0,001-0,0015

-3. 0,1-0,5

+4. 1-1,5

-5. 10

1. В классификации болезней периодонта Л.Н. Дедовой (2002-2012. степень тяжести гингивита обозначают как:

+1. Легкая, средняя, тяжелая

-2. первая, вторая, третья

-3. низкая, средняя, высокая.

-4. начальная, ранняя, развившаяся

-5. легкая, вторая, тяжелая

1. У практически здоровых людей в возрасте 20-40 лет, вакуумные гематомы (эксравазааты) на фронтальном участке альвеолярного отростка нижней челюсти в норме образуются за (сек)

-1. 10-20

-2. 20-30

-3. 35-45

+4. 50-80

-5. 60

1. План лечения сложного эндопериодонтита

-1. Эндодонтические мероприятия.

-2. Периодонтологические мероприятия.

+3. Эндодонтические мероприятия после периодонтологических.

-4. Периодонтологические мероприятия после эндодонтического лечения.

-5. Хирургические мероприятия.

1. Какой клинический признак наиболее типичен для поражения периодонта на фоне сахарного диабета;

-1. Гингивит.

-2. Периодонтальные карманы.

-3. Гноетечение из карманов.

+4. Частые периодонтальные абсцессы.

-5. Быстропрогрессирующий периодонтит.

1. Какова тактика стоматолога при лечении пациентов с симптоматическим периодонтитом на фоне системных заболеваний:

-1. Лечение основного (системного) заболевания.

-2. Симптоматическое стоматологические лечение, нормализация индивидуальной гигиены ротовой полости.

+3. Комплексное, долгосрочное лечение поражений периодонта с обязательными контрольными визитами в сотрудничестве с врачами-интернистами.

-4. Длительное наблюдение без стоматологического лечения.

-5. Комплексное, долгосрочное лечение поражений периодонта.

1. Планирование лекарственной терапии болезней периодонта должно быть основано на принципе:

-1. Возможности местного применения лекарственного средства.

+2. Индивидуализированного подхода к каждому пациенту с учетом стоматологического статуса и стадии патологического процесса.

-3. Использования антибиотиков для системной терапии.

-4. Использования лекарственных средств только растительного происхождения.

-5. Использования лекарственных средств только после консультации врачей-интернистов.

1. К антимикробным средствам относятся:

-1. Антисептики.

+2. Антибиотики.

-3. Ферменты.

-4. Противовоспалительные.

-5. Антипротозойные.

1. Ортодонтические мероприятия в комплексное лечение болезней периодонта можно включать в возрасте:

-1. До 35 лет.

-2. После 18 лет.

+3. В любом возрасте.

-4. С 18 до 25 лет.

-5. До 18 лет.

1. Выявление преждевременных контактов зубов проводят:

-1. Только в центральной окклюзии.

-2. Только в дистальной и центральной окклюзии.

-3. Только в центральной и боковой окклюзии.

+4. Во всех положениях нижней челюсти.

-5. Только в дистальной и боковой окклюзии.

1. Какие из перечисленных позиций относят к показаниям к изготовлению АМП:

-1. Включенные дефекты в передних и боковых отделах зубных рядов при отсутствии одного зуба

-2. Включенные дефекты в передних и боковых отделах зубных рядов при отсутствии не более двух зубов

+3. Включенные дефекты в переднем отделе зубного ряда при отсутствии 1-2 зубов

-4. Включенные дефекты в боковом отделе зубного ряда при отсутствии одного зуба

-5. Одиночные дефекты переднего отдела при отсутствии зубов в боковых отделах зубных рядов.

Ортопедическая стоматология

1. Какие шины являются временными?

-1. из спаянных коронок

-2. бюгельные шинирующие протезы

+3. вестибулооральные шины из быстротвердеющих пластмасс

2. При определении степени атрофии альвеолы учитывается:

+1. наибольшая атрофия

-2. наименьшая атрофия

-3. средний уровень атрофии

3. Кто из ученых разработал и внедрил в практику одонтопародонтограмму?

-1. Копейкин В.Н

+2. Курляндский В.Ю

-3. Гаврилов Е.И

4. Минимальная площадь на одно стоматологическое кресло (в кв. м):

-1. 7

-2. 10

+3. 14

-4. 18

5. Минимальная площадь на каждое дополнительное стоматологическое кресло в кабинете (в кв. м):

+1. 7

-2. 10

-3. 14

-4. 18

6. Минимальная площадь на одно место зубного техника (кв. м):

-1. 2

-2. 3

+3. 4

-4. 5

7. Минимальный объем производственного помещения (в заготовочной комнате) на одно место зубного техника должен составлять (м куб.):

-1. 4

+2. 13

-3. 18

-4. 24

8. Укажите число врачей-стоматологов-ортопедов, содержащихся на хозрасчете или за счет специальных средств, на 10 тыс. взрослого населения, где расположена поликлиника:

-1. 0,7

-2. 0,8

-3. 0,9

+4. 1,0

-5. 1,2

9. Укажите число врачей-стоматологов-ортопедов, на которое устанавливается 1 должность медицинской сестры врачебного кабинета:

-1. 1,0

-2. 2,0

+3. 3,0

10. Укажите минимальное число врачей-стоматологов-ортопедов, положенных поликлинике по настоящим штатным нормативом, на которое устанавливается должность заведующего ортопедическим стоматологическим отделением:

-1. 3

+2. 4

-3. 5

-4. 6

-5. 7

11. Укажите число врачей-стоматологов-ортопедов, на которое устанавливается 1 должность медицинской сестры врачебного кабинета:

-1. 1,0

-2. 2,0

+3. 3,0

12. Укажите число должностей врачей-стоматологов-ортопедов, на которое устанавливается 1 должность санитарки:

-1. 1

-2. 2

+3. 3

-4. 4

13. Укажите число зубных техников на 1 врача-стоматолога-ортопеда:

-1. 1

+2. 2-3

-3. 3-4

-4. 4-5

-5. 5-6

14. Укажите число зубных техников, на которое устанавливается 1 должность старшего зубного техника зуботехнической лаборатории:

-1. 5

+2. 10

-3. 15

-4. 20

-5. 25

15. Укажите число должностей зубных техников, на которое устанавливается 1 должность санитарки:

-1. 5

-2. 10

-3. 15

+4. 20

-5. 25

16. Освещенность рабочей поверхности места зубного техника светильниками общего освещения (люминесцентные лампы и лампы накаливания) должна быть не менее:

-1. 400 лк

+2. 500 лк

-3. 600 лк

17. Укажите соотношение остекленной поверхности окна к площади пола основного производственного помещения зуботехнической лаборатории (световой коэффициент):

-1. 1:3

-2. 1:4

+3. 1:5

-4. l:6

18. Допустимый угол падения световых лучей, образуемый пучком света и горизонтальной плоскостью, на рабочем столе зубного техника должен быть не менее:

-1. 16-18°

-2. 19-21°

-3. 22-24°

+4. 25-27°

-5. 28-30°

19. Расстояние рабочего места зубного техника от окна не должно превышать расстояния от пола помещения до верхней грани оконного отверстия более чем:

-1. в 2 раза

+2. в 3 раза

-3. в 4 раза

20. Температура воздуха в помещениях зуботехнической лаборатории не должна превышать:

-1. 12-14°

-2. 15-17°

+3. 18-20°

-4. 21-23°

-5. 24-26°

21. Наилучшим видом вентиляции производственных помещений зуботехнической лаборатории следует считать:

-1. естественную общую вентиляцию

-2. естественную местную вентиляцию

+3. искусственную приточно-вытяжную вентиляцию

22. Зубные протезы из фарфора следует изготавливать:

-1. в общем производственном помещении зуботехнической лаборатории

+2. специально выделенном помещении зуботехнической лаборатории с постоянной влажностью, температурой и чистым воздухом

-3. во вспомогательном производственном помещении зуботехнической лаборатории

23. Выплавление восковой композиции протезов должно производиться:

-1. в гипсовочной комнате зуботехнической лаборатории

-2. полировочной комнате зуботехнической лаборатории

+3. полимеризационной комнате зуботехнической лаборатории

-4. в литейной комнате зуботехнической лаборатории

24. Шлифовка зубных протезов должна производиться:

-1. в гипсовочной комнате зуботехнической лаборатории

+2. полировочной комнате зуботехнической лаборатории

-3. в полимеризационной комнате зуботехнической лаборатории

-4. в литейной комнате зуботехнической лаборатории

25. Формовка восковой репродукции (модели) каркаса протеза и литниковой системы огнеупорной массой производиться:

-1. в гипсовочной комнате зуботехнической лаборатории

-2. полировочной комнате зуботехнической лаборатории

-3. полимеризационной комнате зуботехнической лаборатории

+4. в литейной комнате зуботехнической лаборатории

26. Укажите число врачебных должностей в стоматологической поликлинике 1 категории:

-1. 11-15

-2. 16-20

-3. 21-25

-4. 26-30

+5. 31-40

-6. свыше 40

27. Укажите число врачебных должностей в стоматологической поликлинике 2 категории:

-1. 11-15

-2. 16-20

-3. 21-25

+4. 26-30

-5. 31-40

-6. свыше 40

28. Укажите число врачебных должностей в стоматологической поликлинике 3 категории:

-1. 11-15

-2. 16-20

+3. 21-25

-4. 26-30

-5. 31-40

-6. свыше 40

29. Укажите число врачебных должностей в стоматологической поликлинике 4 категории:

-1. 11-15

+2. 16-20

-3. 21-25

-4. 26-30

-5. 31-40

-6. свыше 40

30. Укажите число врачебных должностей в стоматологической поликлинике 5 категории:

+1. 11-15

-2. 16-20

-3. 21-25

-4. 26-30

-5. 31-40

-6. свыше 40

31. Укажите число врачебных должностей во внекатегорийной стоматологической поликлинике:

-1. 11-15

-2. 16-20

-3. 21-25

-4. 26-30

-5. 31-40

+6. свыше 40

32. Укажите частоту возможности бесплатного зубопротезирования определенной категории населения в соответствии с законодательством, действующим на территории Республики Беларусь:

-1. один раз в год

+2. один раз в 2 года

-3. один раз в 3 года

-4. один раз в 4 года

-5. один раз в 5 лет

33. Укажите срок гарантии на зубные протезы, установленный приказом министра здравоохранения Республики Беларусь:

+1. 1 год

-2. 2 года

-3. 3года

-4. 4 года

-5. 5 лет

34. Величина угла резцового бокового пути составляет в среднем (в градусах):

-1. 90-99

+2. 100-110

-3. 111-120

35. При прямом прикусе имеются сагиттальные резцовый путь и угол:

-1. да

+2. нет

-3. в 50% случаев

36. Наибольшей на нижней челюсти является дуга:

-1. окклюзионная

-2. альвеолярная

+3. базальная

37. Наибольшей на верхней челюсти является дуга:

+1. окклюзионная

-2. альвеолярная

-3. базальная

38. Разница между высотой нижнего отдела лица во время физиологического покоя и в положении центральной окклюзии при физиологических видах прикуса составляет (в мм):

-1. 1-2

+2. 2-4

-3. 6-8

39. При ортогнатическом прикусе медиальнощечный бугор первого моляра верхней челюсти располагается:

-1. между первым и вторым молярами

+2. в фиссуре одноименного антагониста

-3. между первым моляром и вторым премоляром нижней челюсти

40. Угол сагиттального резцового пути при ортогнатическом прикусе составляет (в градусах):

-1. 10-20

-2. 20-40

+3. 40-50

41. Угол сагиттального суставного пути составляет (в градусах):

-1. 15-19

-2. 20-40

+3. 41-65

42. Какая рентгенологическая картина характерна для артрита ВНЧС при смыкании челюстей в ЦО?

+1. положение суставной головки у основания суставного бугорка

-2. увеличение задней суставной щели

-3. увеличение передней суставной щели

-4. все перечисленное

43. Укажите основные этиопатогенетические моменты в развитии заболеваний ВНЧС:

-1. окклюзионные

-2. психоэмоциональные

+3. все перечисленные

44. Укажите специальный метод диагностики больных с заболеванием ВНЧС:

+1. электромиография

-2. гнатодинамометрия

-3. ринопневмометрия

45. Ортопедическое лечение заболеваний ВНЧС предусматривает:

-1. восстановление межальвеолярной высоты

-2. нормализация положения нижней челюсти

-3. выравнивание окклюзионной кривой

+4. все вышеперечисленные

46. При остром вывихе суставной головки врач обязан:

-1. попросить больного самому осуществить репозицию головок путем трансверзального движения нижней челюсти

+2. репозицию головок осуществить, используя метод Гиппократа

-3. немедленно транспортировать больного в отделение челюстно-лицевой хирургии

47. Что относится к первичной травматической окклюзии, необычной по направлению?

-1. бруксизм, тризм

+2. действие удерживающего кламмера на опорный зуб

-3. повышение окклюзионной высоты на одиночной коронке

48. Величина угла между телом и ветвью нижней челюсти составляет (в градусах):

+1. 110

-2. 115

-3. 119

-4. 140

-5. 124

49. Угол бокового суставного пути равен (в градусах):

-1. 10-12

+2. 15-17

-3. 20-21

-4. 25-27

50. Определение жевательной эффективности по Агапову основано на вычислении:

-1. суммы коэффициентов оставшихся зубов

+2. суммы коэффициентов отсутствующих зубов и их антагонистов

-3. пропорции сухого остатка пищевого комка и его исходному весу

51. Укажите основные оси вращения суставных головок в суставных ямках:

-1. вертикальная

-2. сагиттальная

-3. горизонтальная

+4. все перечисленные

52. Допустимое содержание остаточного мономера в пластмассах горячей полимеризации:

-1. отсутствует

+2. 0,5 %

-3. 1%

-4. 5%

53. Для ускорения затвердения гипса в воду добавляют:

+1. 2,5-3 % поваренной соли

-2. 2-3 % тетрабората натрия

-3. 2-3 % сахара

54. К термопластическим оттискным материалам относят:

-1. сиэласт

+2. стенс

-3. гипс

-4. стомальгин

55. Содержание остаточного мономера в самотвердеющих пластмассах:

-1. 0,5%

+2. 5%

-3. 15%

-4. 18%

56. К силиконовым эластическим оттискным материалам относится:

+1. сиэласт

-2. стомальгин

-3. ортокор

-4. репин

57. К альгинатным оттискным материалам относится:

-1. сиэласт

+2. стомальгин

-3. ортокор

-4. репин

58. Оттискной материал, применяемый для получения анатомического оттиска:

-1. репин

+2. гипс

-3. сиэласт-21

59. Ложки для получения оттисков стали применять:

-1. с 1712 г

-2. с 1808г

+3. с 1815г

-4. с 1905г

60. Ложки для получения слепков с верхней и нижней челюстей изобрел:

-1. Румпель

-2. Джонсон

-3. Энгль

-4. Курляндский

+5. Делабарр

61. Основная паста чешской цинкоксид-эвгеноловой пасты "Репин" содержит окиси цинка:

-1. 50 %ный

-2. 60 %ный

-3. 70 %-ный

+4. 80 %-ный

62. Масса, представляющая собой сплав глицеринового эфира канифоли с касторовым маслом, парафином, красителем, называется:

-1. масса Керра

-2. ортокор

+3. стомапласт

-4. дентафоль

63. Какой материал применяется для починки съемных протезов?

-1. этакрил

-2. синма

+3. протакрил-М

-4. акронил

64. Индивидуальные ложки изготавливают:

+1. из карбопласта

-2. боксила

-3. фторакса

-4. из акрилоксида

65. Эластичной базисной пластмассой является:

-1. акронил

+2. ортосил-М

-3. фторакс

66. Увеличение объема акриловых пластмасс, связанное с набуханием в ротовой жидкости, составляет:

+1. до 0,5%

-2. до 5 %

-3. более 5 %

67. Бесцветную базисную пластмассу используют:

+1. при аллергии на краситель

-2. для достижения эстетического эффекта

-3. для повышения прочности протеза

68. Проникают ли местные анестетики через гематоэнцефалический барьер:

+1. проникают

-2. не проникают

-3. зависит от концентрации анестетика

-4. зависит от количества введенного анестетика

69. При проведении интралигаментарной анестезии количество введенного анестетика должно быть не более:

-1. 0,6 мл

-2. 0,8 мл

+3. 0,4 мл

-4. 0,7 мл

70. Вкол при анестезии у большого небного отверстия проводят:

+1. на 1 см кпереди и кнутри от проекции большого небного отверстия

-2. на 2 см кпереди и кнутри от проекции большого небного отверстия

-3. на 1 см кзади и кнаружи от проекции большого небного отверстия

71. На верхней челюсти наиболее эффективной и часто используемой при препарировании твердых тканей зубов является анестезия:

-1. проводниковая

+2. инфильтрационная

-3. аппликационная

-4. интралигаментарная

72. Максимальное количество карпул (1,8 мл ультракаин), которые можно ввести взрослому больному

-1. 1-2

+2. 3-4

-3. 5-6

73. Какие слепочные материалы используются при изготовлении вкладок непрямым методом?

-1. гипс

-2. репин

+3. сиэласт-05

-4. упин

-5. гелин

-6. все перечисленные

74. Асимметричность полости под вкладку создается с целью:

-1. повышения устойчивости вкладки

-2. перераспределения давления

+3. облегчения поиска пути введения вкладки

75. Вкладки применяются:

-1. для восстановления анатомической формы зуба

-2. опоры мостовидного протеза

-3. для шинирования зубов

+4. во всех перечисленных случаях

76. Цельнолитая культовая штифтовая вкладка моделируется:

-1. прямым методом

-2. косвенным методом

+3. все перечисленные

77. Элементы конструкции коронки по Белкину:

+1. штампованная коронка с вырезанной передней стенкой

-2. штампованный колпачок с просечками в пришеечной области, литая защитка по режущему краю

-3. штампованная коронка со штампованным защитным козырьком по режущему краю

78. Каркас комбинированной коронки по Бородюку состоит из элементов, изготовленных методом:

-1. штамповки

-2. литья

+3. штамповки, литья и паяния

79. Какие аппараты применяются при изготовлении комбинированной коронки по Белкину?

-1. паяльный

-2. Паркера

-3. "Самсон"

+4. все перечисленные

80. Для фиксации пластмассы в комбинированной коронке по Бородюку служат:

+1. литая защитная пластинка с вестибулярной петлей

-2. вырезы в виде "ласточкиного хвоста"

-3. платиновые крампоны

81. Сколько полюсов для крепления пластмассы содержится в конструкции комбинированной коронки по Бородюку:

-1. 1

+2. 2

-3. 3

82. Какие осложнения могут быть во время препарирования зубов:

-1. нарушение целостности эмали соседнего зуба

-2. вскрытие пульпы

-3. термический ожог пульпы

+4. все перечисленные

83. Инструменты, используемые для препарирования зубов под металлическую коронку:

-1. сепарационные диски

-2. шлифовальные круги

-3. фасонные головки

+4. все перечисленное

84. При препарировании зубов под металлическую штампованную коронку сошлифовывают жевательную поверхность:

+1. на 0-3 мм

-2. 0,5 мм

-3. на 0,6-1,0

85. Коронки, которые изготавливают на фронтальные зубы:

-1. комбинированные

-2. фарфоровые

+3. металлокерамические

-4. пластмассовые

-5. все перечисленные

86. Цель создания уступа при препарировании зуба под пластмассовую коронку:

-1. для предупреждения травмы пульпы

+2. исключения контакта пластмассы со слизистой

-3. профилактики кариеса

-4. для предупреждения расцементировки коронки

-5. все перечисленное

87. ИРОПЗ (по Миликевичу) представляет собой:

-1. площадь разрушенной поверхности зуба

-2. площадь сохранившейся поверхности зуба

-3. соотношение размера одной из поверхностей зубов к площади "полость-пломба"

+4. соотношение размеров площади "полость-пломба" и жевательной поверхности зуба

88. Модификация коронки Бородюка, предложенная Величко, заключается:

-1. в изготовлении литого колпачка

+2. удалении передней стенки колпачка

-3. создании дополнительного полюса для крепления пластмассы

-4. в штамповке защитного козырька по режущему краю коронки

89. Толщина стальной штампованной коронки составляет:

-1. 0,2-0,25 мм

+2. 0,28-0,3 мм

-3. 0,35-0,4 мм

90. Толщина комбинированной коронки по Белкину достигает с вестибулярной стороны:

-1. 0,5-0,9 мм

+2. 1-2 мм

-3. 3-5 мм

91. Толщина литой стальной коронки может составлять:

-1. 0,25-0,35 мм

+2. 0,4-0,7 мм

-3. 0,75-0,85 мм

-4. 0,9-1,5 мм

92. У резцов верхней челюсти наибольшие размеры безопасная зона имеет:

+1. в участке от режущего края до полости зуба

-2. с оральной поверхности на уровне экватора

-3. на апроксимальных стенках в нижней трети зуба

93. У 6 | 6 наибольшая толщина зоны безопасного препарирования находится:

+1. на жевательной поверхности

-2. вестибулярной поверхности на уровне экватора

-3. на оральной поверхности на уровне экватора

94. Глубина погружения края стальной штампованной коронки в десневую бороздку составляет:

-1. 0,1-0,2 мм

+2. 0,25-0,3 мм

-3. 0,35-0,5 мм

95. При дефекте твердых тканей I 1 показано изготовление коронки:

-1. из пластмассы

-2. из фарфора

-3. из металлокерамики

+4. все перечисленное

96. Ширина уступа для фарфоровой коронки составляет:

-1. 2,5-3,0 мм

-2. 3,0-3,5 мм

+3. 0,5-2,0 мм

97. Для изготовления временных пластмассовых коронок используется (в кабинете)

-1. карбопласт

-2. редонт

+3. акрилоксид

-4. протакрил

98. Непосредственный протез применяют с целью:

-1. предупреждения функциональных и эстетических нарушений

-2. сохранения оставшихся зубов

-3. быстрейшего заживления раны

+4. всех перечисленных факторов

99. При препарировании зуба под пластмассовую коронку уступ

+1. располагают на уровне десны

-2. погружают под десну

-3. все перечисленное верно

100. В комбинированной коронке по Белкину край коронки

-1. располагается на уровне десны или несколько не доходит до десны

+2. заходит под десну на 0,3 мм

-3. заходит под десну на 0,7-1,0 мм

**ОРТОДОНТИЯ**

1. Ортодонтия как специальность является:

-1. Разделом ортопедической стоматологии;

-2. Разделом челюстно-лицевой хирургии;

+3. Самостоятельным разделом стоматологии;

-4. Разделом стоматологии детского возраста;

-5. Разделом терапевтической стоматологии

2. Укажите, сколько основных периодов формирования прикуса выделяется:

-1. Два;

-2. Три;

-3. Четыре;

+4. Пять;

-5. Шесть.

3. При младенческой ретрогении сагиттальная щель составляет:

-1. 5-8 мм;

-2. 9-10 мм;

+3. 10-14 мм;

-4. 15-18 мм;

-5. 1-2 мм.

4. Укажите, сколько классов аномалий прикуса выделил Энгль:

-1. 2 класса;

+2. 3 класса;

-3. 4 класса;

-4. 5 классов;

-5. 6 классов.

5. Понятие «норма» в ортодонтии на современном этапе может трактоваться как:

-1. Средняя норма;

-2. Ортогнатический прикус;

+3. Морфофункциональный и эстетический оптимум;

-4. Средне-индивидуальная норма.

-5. Общепризнанная средняя норма.

6. В зависимости от целевого назначения оттиски могут быть:

-1. Функциональными;

-2. Однослойными;

+3. Диагностическими;

+4. Рабочими;

-5. Анатомическими.

7. Какие из перечисленных материалов относятся к альгинатным оттискным материалам:

+1. Hydrogum;

-2. Speedex;

+3. Phase;

+4. Orthoprint;

-5. Zetaplus.

8. Какую зависимость установил Pont:

-1. Зависимость между шириной коронок верхних постоянных резцов и передним отрезком зубной дуги;

+2. Зависимость ширины коронок верхних постоянных резцов и ширины зубных рядов в области премоляров и моляров;

-3. Зависимость ширины коронок верхних постоянных резцов и длины зубных рядов;

-4. Зависимость ширины коронок верхних резцов и ширины апикального базиса верхней челюсти;

-5. Зависимость ширины коронок верхних резцов и длины апикального базиса верхней челюсти.

9. Укажите, с какой целью применяют метод Снагиной:

-1. Для определения длины апикального базиса;

-2. Для определения ширины апикального базиса;

+3. Для определения длины и ширины апикального базиса;

-4. Для определения дистального смещения боковых зубов;

-5. Для определения мезиального смещения боковых зубов.

10 . Срединно-сагиттальная плоскость условно делит голову:

-1. На верхний и нижний отделы;

+2. На левую и правую половины;

-3. На передний и задний отделы;

-4. На верхний и задний отделы;

-5. На нижний и передний отделы.

11. Морфологической высотой лица можно назвать расстояние:

-1. От tr до gn (от трихион до гнатион);

-2. От zy до zy (от зигион до зигион);

+3. От n до gn (от назион до гнатион);

-4. От eu до eu (от эурион до эурион);

-5. От go до go (от гонион до гонион).

12. Укажите, какие ортодонтические аппараты могут быть по виду конструкции:

-1. Съемные;

+2. Дуговые;

-3. Несъемные;

+4. Капповые;

+5. Пластиночные;

+6. Блоковые;

+7. Каркасные;

-8. Сочетанные.

13. Назовите составные части кламмера:

+1. Плечо;

+2. Отросток;

+3. Тело;

-4. Голова;

-5. Хвост.

14. Назовите составные части ортодонтических пружин:

-1. Плечо;

+2. Действующая часть;

-3. Тело;

+4. Свободный конец;

+5. Фиксирующий отросток.

15. Укажите назначения вестибулярных дуг:

+1. Фиксация съемного аппарата;

+2. Перемещение передних зубов;

-3. Расширение зубного ряда;

-4. Удлинение зубного ряда;

-5. Укорочение зубного ряда.

16. Базисная пластинка применяется:

+1. Как самостоятельный аппарат;

-2. Не применяется как самостоятельный аппарат;

-3. Только в период молочного прикуса;

-4. В период молочного и смешанного прикуса;

-5. В период молочного и постоянного прикуса.

17. Давление в полимеризаторе при применении метода холодной полимеризации самотвердеющей пластмассы доводят:

-1. До 0,5-1,0 атм.;

+2. До 2,5-3,0 атм.;

-3. До 4,5-5,0 атм.;

-4. До 8 атм.;

-5. До 15 атм.

18. Термин «нейтральный» прикус соответствует» классификации Энгля:

-1. II классу;

+2. I классу;

-3. III классу;

-4. II классу I подклассу;

-5. II классу II подклассу.

19. Термин «дистальный» прикус соответствует в классификации Энгля:

-1. I классу;

-2. III классу;

+3. II классу;

+4. II классу I подклассу;

+5. II классу II подклассу.

20. III класс по Энглю соответствует термину:

-1. Дистальный прикус;

+2. Мезиальный прикус;

-3. Нейтральный прикус;

-4. Глубокий прикус;

-5. Открытый прикус.

21. В какой последовательности ставится ортодонтический диагноз по Ф.Я. Хорошилкиной:

-1. Морфология, эстетика, функция;

-2. Эстетика, морфология, функция;

+3. Морфология, функция, эстетика;

-4. Морфология, эстетика, физиология;

-5. Физиология, морфология, эстетика.

22. Ортопантомографию челюстей проводят:

+1. Для определения количества и расположения зубов;

-2. Для изучения строения лицевого отдела черепа;

-3. Для прогноза роста челюстей;

-4. Для изучения степени сформированности костной ткани челюстей;

-5. Для прогнозирования результатов ортодонтического лечения.

23. С какой целью проводится телерентгенография головы:

+1. Для определения размеров и расположения челюстей по отношению к основанию черепа,

+2. Для изучения динамики и направления роста челюстей;

+3. Для изучения изменений происходящих в процессе ортодонтического лечения;

+4. Для уточнения клинического диагноза и выбора метода лечения;

-5. Для изучения положения отдельных зубов.

24. Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить:

-1. Возможности роста челюстей;

+2. Форму и размер суставных отростков нижней челюсти головок и суставных ямок;

-3. Форму и размеры суставных дисков;

+4. Местоположение головок суставных отростков нижней челюсти в суставных ямках;

-5. Все ответы верны.

25. Сколько степеней снижения выносливости жевательной и мимической мускулатуры выделяют:

+1. Три;

-2. Четыре;

-3. Пять;

-4. Семь;

-5. Две.

26. Аппаратурный метод лечения зубочелюстных аномалий является основным в период:

-1. Временного прикуса;

+2. Смешанного прикуса;

+3. Сформированного постоянного прикуса;

-4. Период прикуса не имеет значения;

-5. Новорожденности.

27. Какие аппараты называются механически-действующими:

-1. Аппараты, в которых сила жевательных мышц передается через наклонную плоскость, накусочную площадку, окклюзионные накладки на отдельные зубы или группу зубов;

+2. Аппараты, оказывающие воздействие на зубы, зубные ряды за счет активнодействующей силы (резиновая тяга, винты, пружины, проволочные дуги);

-3. Аппараты, в которых сила жевательных мышц направлена на отдельные зубы или группу зубов;

-4. Аппараты, способствующие нормализации функции зубочелюстной системы;

-5. Все ответы верны.

28. Какие аппараты называют функционально-направляющими:

-1. Аппараты, оказывающие воздействие на зубы, группу зубов за счет активнодействующей силы: резиновой тяги, винта, пружины, дуги;

+2. Аппараты, в которых сила жевательных мышц передается через наклонную плоскость, накусочную площадку, окклюзионные накладки на отдельные зубы или группу зубов;

-3. Аппараты, в которых сила жевательных мышц направлена на отдельные зубы или группу зубов;

-4. Аппараты, способствующие нормализации функции зубочелюстной системы;

-5. Все ответы верны.

29. Комбинированные аппараты - это аппараты, сочетающие в себе элементы аппаратов:

+1. Механически - действующих и функционально-направляющих;

-2. Функционально-направляющих и функционально-действующих;

+3. Функционально-действующих и механически-действующих;

-4. Съемных и несъемных;

-5. Внутри- и внеротовых.

30 . К какому методу лечения относится метод Хотца?

-1. Хирургическому;

-2. Аппаратурному;

+3. Комплексному;

-4. Радикальному;

-5. Протетическому.

31. Этнологические факторы аномалий положения отдельных зубов:

+1. Наследственность;

+2. Вредные привычки;

+3. Нарушенное протекание функций зубочелюстной системы;

-4. Простудные заболевания;

+5. Дефицит места в зубном ряду.

32. К аномалиям зубных рядов в вертикальной плоскости относятся:

-1. Удлинение зубных рядов;

-2. Расширение зубных дуг;

+3. Зубоальвеолярное укорочение в отдельных сегментах зубных дуг;

-4. Укорочение зубных рядов;

+5. Зубоальвеолярное удлинение в отдельных сегментах зубных дуг;

-6. Сужение зубных дуг.

33. Сужение зубных дуг - это аномалия:

-1. В вертикальной плоскости;

+2. В горизонтальной плоскости;

-3. В сагиттальной плоскости;

-4. Во франкфуртской плоскости;

-5. В эстетической плоскости Риккетса.

34. К аномалиям зубных рядов в сагиттальной плоскости относятся:

-1. Сужение зубных дуг;

-2. Зубоальвеолярное удлинение в отдельных сегментах;

+3. Укорочение зубных рядов;

-4. Расширение зубных дуг;

+5. Удлинение зубных рядов.

35. Синонимы дистального прикуса:

+1. II класс Энгля;

+2. Прогнатия;

+3. Прогнатический прикус;

+4. Прогнатический дистальный прикус;

+5. Постериальный прикус;

-6. Антериальный прикус.

36. Методы лечения временного дистального прикуса:

+1. Миотерапия;

-2. Ортопедический метод;

-3. Комплексный метод;

+4. Аппаратурный метод (функционально-действующие аппараты);

-5. Протетический метод.

37. Принципы лечения постоянного дистального прикуса:

+1. Сократить размеры верхнего зубного ряда;

-2. Оптимизировать рост нижней челюсти;

+3. Удлинить нижний зубной ряд;

-4. Сдержать рост верхней челюсти;

-5. Сократить размеры нижнего зубного ряда.

38. Принципы лечения временного мезиального прикуса:

+1. Сдерживание роста нижней челюсти;

+2. Создание оптимальных условий для роста верхней челюсти;

-3. Создание оптимальных условий для роста нижней челюсти;

+4. Устранение блокирования нижней челюстью верхней;

-5. Устранение блокирования верхней челюстью нижней.

39. Морфологические нарушения на уровне зубных рядов, характерные для глубокого прикуса:

+1. Зубоальвеолярное укорочение в боковых отделах челюстей;

+2. Зубоальвеолярное удлинение в передних отделах челюстей;

-3. Зубоальвеолярное удлинение в боковых отделах челюстей;

-4. Зубоальвеолярное укорочение в передних отделах челюстей;

-5. Укорочение нижнего зубного ряда;

-6. Укорочение верхнего зубного ряда.

40. Морфологические нарушения на уровне зубных рядов, характерные для открытого прикуса:

+1. Зубоальвеолярное укорочение в передних отделах челюстей;

+2. Зубоальвеолярное удлинение в боковых отделах челюстей;

-3. Зубоальвеолярное удлинение в передних отделах челюстей;

-4. Зубоальвеолярное укорочение в боковых отделах челюстей;

-5. Укорочение нижнего зубного ряда;

-6. Укорочение верхнего зубного ряда.

41. Активное ортодонтическое лечение глубокого прикуса целесообразно начинать:

-1. С 3 лет;

+2. С 5,5 лет;

-3. С момента выявления;

-4. В период постоянного прикуса;

-5. С 14 лет.

42. Активное ортодонтическое лечение открытого прикуса целесообразно начинать:

-1. С 3 лет;

-2. С 5,5 лет;

+3. С момента выявления;

-4. В период постоянного прикуса;

-5. С 14 лет.

43. Задача врача-ортодонта при лечении перекрестного прикуса со смещением нижней челюсти в период смешанного прикуса:

+1. Оптимизация роста верхней и нижней челюстей;

+2. Нормализация формы зубных рядов;

+3. Нормализация прикуса за счет смещения нижней челюсти в правильное положение;

-4. Сдерживание роста верхней челюсти;

-5. Сдерживание роста нижней челюсти.

44. Какие приспособления применяют для организации вскармливания ребенка с изолированными расщелинами мягкого неба, мягкого и твердого неба:

+1. Эластический обтуратор;

+2. Соска в соске;

+3. Соска с «лепестком»;

+4. Плавающий обтуратор;

-5. Все ответы не верны.

45. В каком возрасте начинают реабилитацию детей с врожденной сквозной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба:

-1. В 6 месяцев;

+2. Сразу после рождения;

-3. В 3 года;

-4. В год;

-5. В 5 лет.

46. С какой целью проводят раннее ортодонтическое лечение по методу Мак-Нила:

+1. Для исправления формы верхнего зубного ряда;

+2. Для низведения небных отростков верхней челюсти;

-3. Для создания условий для роста нижней челюсти;

-4. Для нормализации функции речеобразования;

-5. Все ответы верны.

47. Какие конструкции применяют для восстановления дефекта коронок в период смешанного прикуса при первой стадии повреждения зубов и зубных дуг у детей:

-1. Пломбы, металлические коронки;

+2. Вкладки, металлические коронки;

-3. Частичный съемный протез;

+4. Колпачково-фасеточные коронки;

-5. Все ответы верны.

48. Наиболее целесообразный местосохраняющий аппарат при малых (в один временный моляр) односторонних дефектах:

-1. Упор Nance;

-2. Лингвальная дуга с ортодонтическими кольцами;

+3. Кольцо с распоркой;

-4. ЧСПП;

-5. Ортодонтическое кольцо с дистальным отростком.

49. Показаниями к применению мультибондинг-системы являются:

-1. Любые нарушения окклюзии, формы зубных дуг и положения отдельных зубов в период временного прикуса;

+2. Любые нарушения окклюзии, формы зубных дуг и положения отдельных зубов в смешанном периоде прикуса;

+3. Любые нарушения окклюзии, формы зубных дуг и положения отдельных зубов в период постоянного прикуса;

-4. Любые нарушения окклюзии, формы зубных дуг и положения отдельных зубов во всех возрастных периодах формирования прикуса;

-5. Все ответы не верны

50. Укажите правильную последовательность этапов лечения зубочелюстных аномалий техникой прямой дуги:

-1. Контроль перекрытия, закрытие промежутков, контроль опоры, нивелировка прикуса;

+2. Контроль опоры, вертикальное и горизонтальное выравнивание, контроль перекрытия резцов, закрытие промежутков, нивелировка прикуса;

-3. Контроль опоры, вертикальное и горизонтальное выравнивание, нивелировка прикуса, закрытие промежутков;

-4. Нивелировка прикуса, контроль опоры, горизонтальное и вертикальное выравнивание, закрытие промежутков, контроль перекрытия резцов.

-5. Контроль опоры, вертикальное и горизонтальное выравнивание, контроль перекрытия резцов, закрытие промежутков, ретенционный период.

**«СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

1. Формирование периодонта постоянного зуба после окончания роста корня продолжается в течение:

-1. 0,5 года;

+2. 1 года;

-3. 2 лет;

-4. 3 лет;

-5. 4 лет.

2. Активная минерализация эмали постоянного зуба после прорезывания продолжается в течении:

-1. 1 года;

+2. 2 лет;

-3. 3 лет;

-4. 4 лет;

-5. 5 лет.

3. Укажите отличительные признаки временных зубов от постоянных:

+1. меньший размер коронки; более выраженная ширина коронок по сравнению с их высотой; голубовато-молочный цвет; широкое расхождение корней моляров; относительно больший размер полости зуба.

-2. более выраженная ширина коронок по сравнению с их высотой;

-3. голубовато-молочный цвет; относительно больший размер полости зуба

-4. широкое расхождение корней моляров; бело-желтоватый цвет;

-5. самая широкая часть коронки — экваториальная;

4. Укажите отличительные признаки постоянных зубов от временных:

- 1. меньший размер коронки; голубовато-молочный цвет;

- 2. коронки зубов крупнее; большая толщина твердых тканей зуба;

-3. бело-желтоватый цвет; менее выражена степень минерализации.

+4. большая толщина твердых тканей зуба; коронки зубов крупнее; большая толщина твердых тканей зуба;

-5. Верно: 2,3.

5. Укажите анатомические группы зубов во временном прикусе:

-1. резцы; клыки;

+2. резцы; клыки; моляры;

-3. премоляры;

-4. моляры;

-5. резцы; моляры; премоляры.

6. Какие временные зубы имеют один корневой канал:

-1. резцы верхней челюсти;

-2. резцы нижней челюсти; клыки верхней и нижней челюсти;

-3. клыки верхней и нижней челюсти;

-4. моляры верхней челюсти; моляры нижней челюсти

+5. верно: 1,2.

7. Укажите особенности строения пульпы в период развития зуба:

-1. рыхлая соединительная ткань; широкое сообщение корневой пульпы с тканями периодонта

-2. большое количество клеточных элементов; малое количество коллагеновых волокон

-3. обильное кровоснабжение; малое количество коллагеновых волокон

-4. плохое кровоснабжение; большое количество коллагеновых волокон;

+5. верно: 1,2,3

8. Развитие пульпы происходит:

+1. из зубного сосочка;

-2. зубного мешочка;

-3. из одонтобластов;

-4. из фибробластов;

-5. из тучных клеток.

9. Какие процессы наблюдаются в пульпе временного зуба в период резорбции корней:

-1. вакуолизация ретикулярной основы; дегенерация и исчезновение нервных волокон

-2. увеличение количества волокнистых структур; увеличение количества клеток в коронковой части пульпы

-3. дистрофические изменения ретикулярной основы; наличие на границе зоны рассасывания клеток воспаления: лимфоциты, моноциты, молодые фибробласты

-4. Верно 2;

+5. Верно 1,3.

10. Формирование корней временных зубов после прорезывания продолжается:

-1. 3-6 месяцев;

-2. 1-2 года;

+3. 2 года;

-4. 3 года;

-5. 4 года.

11. Эпителий слизистой оболочки полости рта у новорожденного состоит из:

-1. одного слоя;

+2. двух слоев;

-3. трех слоев;

-4. четырех слоев;

-5. пяти слоев.

12. Закладка фолликулов 8-х зубов происходит в:

-1. 6 - 8 месяцев жизни;

-2. 2 - 3 года;

+3. 4 - 5 лет;

-4. 5-6 лет;

-5. 7 лет.

13. Закладка зачатков 6-х зубов происходит:

+1. на 17-20-ой неделях беременности;

-2. на 23-25-ой неделях беременности;

-3. в 6 - 8 месяцев жизни;

-4. в 8 -10 месяцев жизни;

-5. 1 – 1,5 года.

14. Укажите характерные особенности периодонтa ребенка:

-1. рыхлость ткани; большое количество клеток;

-2. плотная структура; густая кровеносная сеть

-3. большое количество клеток; густая кровеносная сеть

-4. мало клеточных элементов; плохая васкуляризация

+5. густая кровеносная сеть; большое количество клеток; рыхлость ткани

15. Периодонтальная щель более широкая:

-1. в постоянных сформированных зубах;

+2. во временных зубах; в постоянных несформированных зубах

-3. в постоянных несформированных зубах; во временных резорбирующих зубах

-4. во временных сформированных зубах;

-5. во временных резорбирующих зубах.

16. Эпителий слизистой оболочки полости рта новорожденного состоит:

-1. из одного слоя;

+2. двух слоев;

-3. трех слоев;

-4. четырех слоев;

-5. из пяти слоев.

17. Какие из временных зубов имеют три корневых канала:

-1. резцы верхней челюсти;

-2. клыки верхней челюсти

+3. моляры верхней челюсти и моляры нижней челюсти;

-4. клыки нижней челюсти;

-5. клыки верхней челюсти и моляры нижней челюсти.

18. Резорбция корней вторых временных моляров начинается:

-1. в 3 года;

-2. 5 лет;

+3. 7 лет;

-4. в 9 лет.

-5. в 10 лет

19. При раннем детском кариесе (РДК) в кариозный процесс вовлекаются:

-1. центральные резцы верхней челюсти;

-2. первые временные моляры верхней челюсти;

-3. Боковые резцы верхней челюсти;

-4. первые временные моляры нижней челюсти;

+5. Все ответы верны;

20. В смешанном прикусе во временных зубах преобладает кариес:

-1. окклюзионных поверхностей;

+2. проксимальных поверхностей;

-3. жевательных поверхностей;

-4. пришеечной области;

-5. режущего края.

21. В какие из перечисленных ниже периодов не рекомендуется назначать тетрациклины:

-1. только в период беременности;

-2. первые 6 лет жизни;

-3. период беременности и первые 6 лет;

+4. период беременности и первые 8 лет жизни;

-5. первые 2 года жизни.

22. Укажите клинические признаки системной гипоплазии:

-1. поражение единичных зубов;

-2. прорезывание зубов с измененной эмалью;

-3; поражение группы зубов, имеющих одинаковые сроки минерализации;

-4. Верно 1

+5. Верно 2,3.

23. Назовите клинические признаки нарушений амелогенеза:

-1. изменение формы коронок зубов;

-2. поражение всех зубов;

-3. меловидный цвет эмали по всей площади коронки;

-4. шероховатость эмали;

+5.верно все вышперечисленное.

24. Укажите типы физиологической резорбции корней временных зубов:

-1. равномерная резорбция всех корней:

-2. преобладание резорбции одного корня;

-3. резорбция в области фуркации;

+4. Верно 1,2,3;

-5. Верно 1,2.

25. Назовите факторы, определяющие поведение ребенка при стоматологическом вмешательстве:

-1. сила раздражителя;

-2. порог болевой чувствительности;

-3. уровень мотивации;

-4. волевые качества ребенка;

+5. Все вышеперечисленное верно.

26. В установлении контакта врача с ребенком на стоматологическом приеме помогают родители:

-1. детей младше 2-х лет;

-2. Сотрудничающие

-3. авторитарные;

-4. Верно 1,2,3;

+5. Верно 1,2;

27. Показанием к санации полости рта у детей под общим обезболиванием являются:

-1. повышенная эмоциональная возбудимость;

-2. заболевание ЦНС;

-3. непереносимость местных анестетиков;

-4. неуправляемый страх перед лечением.

+5. Верно все вышеперечисленное;

28. Для какого возраста характерны следующие особенности психики ребенка: доверяет людям, его поведение — сумма инстинктивных желаний. Не может себя заставить терпеть:

-1. до 1 года;

+2. до 2-х лет;

-3. 2-3 года;

-4. 4 года;

-5. 5 лет;

29. На какие компоненты поведенческой реакции ребенка 10 лет следует воздействовать для установления контакта между врачом и ребенком в ходе лечения:

-1. тревожность;

-2. мотивацию;

-3. волю;

-4. порог болевой чувствительности;

+5. все вышеперечисленное.

30. Назовите группы лекарственных препаратов используемых для премедикации у детей:

-1. седативные;

-2. транквилизаторы.

-3. анестетики;

+4. Верно 1,2;

-5. Верно 1, 2, 3;

31. Результат пробы Аксамит 10 баллов по шкале синего цвета для 21 зуба у ребенка 10 лет свидетельствует:

-1. о незаконченной минерализации эмали;

-2. гипоплазии эмали;

+3. деминерализации эмали;

-4. о флюорозе;

-5. об эрозии эмали.

32. Укажите особенности клинического течения кариеса временных зубов:

-1. множественный кариес;

-2. преимущественное поражение проксимальных поверхностей;

-3. циркулярный кариес;

-4. быстрый переход одной стадии кариеса в другую;

+5. все вышеперечисленное верно;

33. Нужно ли создавать контактный пункт при пломбировании кариозных полостей 2-го класса временных моляров у ребенка 8 лет:

-1. да;

+2. нет;

-3. по возможности;

-4. при контактном поведении ребенка;

-5. пожелание родителей.

34. Средний кариес во временных зубах необходимо дифференцировать:

-1. с глубоким кариесом;

-2. поверхностным кариесом;

-3. хроническим пульпитом;

-4. хроническим периодонтитом;

+5. верно все вышеперечисленное.

35. Какие пломбировочные материалы предпочтительнее использовать при лечении кариеса боковых резцов у ребенка 10 лет:

-1. химиокомпозиты; светоотверждаемые композиты

-2. стеклоиономерные цементы;

-3. компомеры;

-4. Верно 1, 2, 3.

+5.верно 2,3

36. Укажите методику лечения кариеса дентина 1-го постоянного моляра у ребенка 9 лет с компенсированной формой кариеса:

+1. реставрация в одно посещение;

-2. наложение лечебной прокладки с последующей реставрацией через 10 дней;

-3. реставрация зуба с последующим приемом препаратов Са и F внутрь;

-4. ремтерапия;

-5. отсроченное пломбирование.

37. Выберите метод лечения среднего кариеса временного моляра у ребенка 5 лет с низким УИК:

-1. ремтерапия;

-2. отсроченная реставрация зуба;

+3. реставрация СИЦ, компомерами, амальгамой в одно посещение;

-4. реставрация фотополимером;

-5. не выполнять лечебные мероприятия.

38.Назовите лечебные пасты, используемые при лечении глубокого кариеса у детей:

+1. цинкэвгеноловая паста, Dycal, ПТЭО, кальцимол

-2. параформальдегидная паста;

-3. Calcipulp;

-4. Tempofor.

-5. Tempopulp

39. Назовите свойства и механизм действия гидроокиси кальция, определяющие его применение в детской стоматологии:

-1. высокощелочная среда;

-2. стимуляция костеобразования;

-3. увеличение в объеме при наличии влаги в канале;

-4. антибактериальный и лизирующий эффект по отношению к некротическим тканям;

+5. все вышеперечисленное верно.

40. Инструментальную обработку канала временного зуба следует завершать:

-1. на 1-2 мм от рентгенологической верхушки;

-2. на уровне рентгенологической верхушки;

+3. на 2-3 мм от рентгенологической верхушки;

-4. на уровне физиологического сужения корневого канала;

-5. на уровне средней трети корневого канала.

41. Клинические признаки необратимых изменений в пульпе:

-1. патологическая подвижность зуба;

-2. абсцесс;

-3. свищ;

+4. верно варианты ответов: 1, 2, 3;

-5. верно варианты ответов: 1, 2.

42. Показаниями к пульпэктомии временных зубов являются:

-1. наличие рентгенологических изменений костной ткани в области фуркации и верхушек корней;

-2. безуспешность пульпотомии;

-3. самопроизвольные длительные боли в анамнезе;

-4. верно варианты ответов: 3, 4;

+5. верно варианты ответов: 1, 3, 4.

43. Показаниями к проведению витальной пульпотомии временных зубов являются:

-1. клиническое вскрытие полости зуба кариозного генеза;

-2. рентгенологическое вскрытие полости зуба травматического и кариозного генеза;

-3. отсутствие кровотечения пульпы после раскрытия полости зуба.

-4. верно варианты ответов: 1, 2, 3;

+5. верно варианты ответов: 1, 2.

44. Для аппликации на культю пульпы при проведении метода пульпотомии временных зубов используют:

-1. гидроксид кальция;

+2. формокрезол;

-3. параформальдегидная паста;

-4. мумифицирующая паста;

-5. все вышеперечисленное.

45. При лечении острого гнойного пульпита зуба 1.6 у ребенка 8 лет проводят:

-1. мероприятия сохраняющие пульпу;

-2. ампутацию пульпы;

+3. глубокую ампутацию пульпы;

-4. аппликацию формокрезола на пульпу;

-5. удаление зуба.

46. Продолжительность аппликации формокрезола при проведении формокрезол-пульпотомии временных зубов составляет:

-1. 3 мин;

+2. 5 мин;

-3. 3-5 мин, в зависимости от степени резорбции корней;

-4. 30 сек;

-5. не имеет значения.

47. Противопоказаниями к витальной пульпотомии постоянных зубов с несформированными корнями являются:

-1. боли при приеме пищи;

-2. полости II класса по Блэку;

-3. серозное или гнойное отделяемое из каналов;

рентгенологические признаки патологии периодонта

+4. верно варианты ответов: 3, 4, 5;

-5. верно варианты ответов: 1, 3.

48. Показаниями к проведению метода прямого покрытия пульпы постоянного зуба с несформированными корнями являются:

+1. вскрытие полости зуба при препарировании в диаметре не более 1 мм;

-2. вскрытие полости зуба при препарировании в диаметре более 1 - 2 мм;

-3. вскрытие полости зуба травматического генеза не более 2 мм в диаметре;

-4. отсутствие кофердама;

-5. противопоказания к методу отсутствует.

49. Критериями успешно проведенного метода прямого покрытия пульпы временного зуба являются:

-1. отсутствие клинических признаков патологии пульпы;

-2. отсутствие рентгенологических признаков патологии пульпы;

-3. своевременная резорбция корня зуба;

-4. верно варианты ответов: 1, 2;

+5. верно варианты ответов: 1, 2, 3.

50. При проведении пульпотомии в постоянных зубах с незаконченным формированием корней, над местом ампутации наносится:

-1. фенолформалиновая смесь;

-2. крезафен;

-3. пульпевит;

+4. повязка из гидроокиси кальция для прямого покрытия либо комбинированного действия;

-5. повязка из гидроокиси кальция для прямого покрытия.

51. Для пульпы постоянных зубов с незаконченным формированием корней характерно:

-1. высокий жизненный потенциал и регенераторная способность;

-2. преобладание клеточных элементов;

-3. развитая сеть сосудов;

-4. незрелость защитных барьеров;

+5. все вышеперечисленное верно.

52. Экстирпационные методы лечения пульпита постоянных зубов у детей на стадиях формирования корней применяют:

-1. при всех формах хронических пульпитов у детей с III степенью активности и кариеса;

-2. хроническом гангренозном пульпите;

-3. острой гнойном пульпите;

-4. верно варианты ответов: 1, 3;

+5. верно варианты ответов: 2, 3.

53. При какой форме пульпита временного зуба могут быть рентгенологические изменения:

-1. хронический фиброзный пульпит;

-2. хронический фиброзный пульпит в стадии обострения;

-3. хронический гангренозный пульпит;

-4. хронический гипертрофический пульпит;

+5. все вышеперечисленное верно.

54. Назовите показания к методу девитальной ампутации пульпы временных зубов:

-1. острый серозный пульпит;

-2. хронический фиброзный пульпит;

-3. хронический гипертрофический пульпит;

-4. обострение хронического пульпита;

+5. все вышеперечисленное верно.

55. Назовите критерии успешного лечения пульпита постоянных зубов с незаконченным формированием корней консервативными методами:

-1. отсутствие клинических признаков воспаления;

-2. отсутствие рентгенологических признаков воспаления;

-3. рентгенологическое уплотнение дентина;

-4. продолжение формирования корня (корней);

+5. все вышеперечисленное верно.

56. Оптимальными методами лечения хронического фиброзного пульпита постоянного зуба с несформированными корнями являются:

+1. биологический и витальной ампутации;

-2. девитальной ампутации;

-3. витальной экстирпации;

-4. девитальной экстирпации

-5. экстракция зуба.

57. Какие пасты необходимо накладывать на культю пульпы при лечении 12 зуба методом витальной ампутации у ребенка 8 лет:

-1. цинкоксидэвгеноловую пасту;

+2. кальцийсодержащие пасты;

-3. пасту ПТЭО;

-4. резорцин-формалиновую пасту;

-5. параформ-альдегидную пасту.

58. Назовите оптимальный метод лечения 75 зуба с хроническим фиброзным пульпитом при подвижности II степени у ребенка 10 лег:

-1. витальная экстирпация;

-2. биологический метод;

-3. девитальная экстирпация;

-4. девитальная ампутация;

+5. удаление зуба.

59. Жалобы на самопроизвольные приступообразные ночные боли, усиливающиеся от горячего в области 46 зуба у ребенка 10 лет характерны для:

-1. острого серозного пульпита;

+2. острого гнойного пульпита;

-3. обострение хронического фиброзного пульпита;

-4. хронического гангренозного пульпита;

-5. глубокого кариеса;

60. Система государственных, социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер, направ­ленных на предупреждение стоматологических заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения, а также повышения устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды - это профилактика:

+1. первичная;

-2. вторичная;

-3. третичная;

-4. комплексная;

-5. комбинированная.

61. Комплекс мероприятий, направленных на предотвращение рецидивов и осложнений заболеваний - это профилактика:

-1. первичная;

+2. вторичная;

-3. третичная;

-4. комплексная;

-5. комбинированная.

62. Сумма клинических признаков кариозного поражения (кариозных, пломбированных и удаленных зубов), рассчитанная у индивидуума -это:

-1. прирост интенсивности кариеса;

+2. индекс интенсивности кариеса;

-3. распространенность кариеса;

-4. редукция прироста кариеса;

-5. УИК.

63. Интенсивность кариеса временных зубов оценивается индексом:

-1. КПУ (п);

-2. КПУ (з);

-3. кп (п);

+4. кпу (з);

-5. КПУ (з) + кп (з).

64. Метод экзогенной фторпрофилактики кариеса, применяемый в большинстве стран мира:

-1. аппликации фторидов;

-2. полоскание раствором фторидов;

+3. использование фторсодержащих зубных паст;

-4. использование фторированной соли в пищу;

-5. использование систем глубокого фторирования.

65. Растворимость гидроксиапатита эмали зубов при снижении рН ротовой жидкости:

-1. уменьшается;

-2. не изменяется;

+3. увеличивается;

-4. рН не влияет на растворимость гидроксиапатита;

-5. все ответы не верны.

66. Реминерализация эмали зуба определяется ее:

-1. микротвердостью;

+2. проницаемостью;

-3. растворимостью;

-4. количеством эмалевых призм в единице объёма;

-5. все ответы верны.

67. Кариесогенными свойствами обладают:

-1. фтор;

+2. селен; кадмий; магний; свинец.

-3. кальций

- 4. барий

-5. фосфор;

68. Укрепление соматического здоровья, лечение хронических заболеваний, рациональное питание - это профилактика кариеса:

+1. эндогенная безлекарственная;

-2. эндогенная лекарственная;

-3. экзогенная безлекарственная;

-4. экзогенная лекарственная;

-5. всё выше перечисленное.

69. Назначение внутрь препаратов фтора, кальция, фосфора, витаминов, иммуномодуляторов, адаптогенов - это профилактика кариеса:

-1. эндогенная безлекарственная;

+2. эндогенная лекарственная;

-3. экзогенная безлекарственная;

-4. экзогенная лекарственная;

-5. всё выше перечисленное.

70. При осложненном течении беременности процессы минерализации зачатков временных зубов у плода:

+1. замедляются;

-2. остаются на прежнем уровне;

-3. ускоряются;

-4. характер течения беременности не влияет на минерализацию зачатков временных зубов плода;

-5. все ответы верны.

71. Суточная фтор-нагрузка складывается из фторида, поглощённого:

+1. с водой; с пищей; с воздухом; из препаратов эндогенной и экзогенной фторпрофилактики;

-2.только с водой;

-3. только с пищей;

-4. только с воздухом;

-5. все ответы неверны.

72. Пациентам с повышенным риском развития кариеса назначают фторпрепараты для индивидуальной профилактики кариеса при концентрации его в питьевой воде:

-1. 0,1 ppm

+2. менее 0,3ppm

-3. 0,5 ppm

-4. 0,6 ppm

-5. 1,0 ppm

73. Минимальная токсическая доза фторида:

-1. 0,6 мг/кг массы тела;

-2. 1,8 мг/кг массы тела;

-3. 2,4 мг/кг массы тела;

+4. 5мг/ кг массы тела;

-5. 10 мг/кг массы тела.

74. Основным источником кальция в рационе жителей Беларуси являются:

-1. картофель;

+2. молочные продукты;

-3. бобовые;

-4. морепродукты;

-5. овощи.

75. Индивидуальная профилактика стоматологических заболеваний имеет цель:

+1. Диагностики факторов риска и их устранения (минимизации) на уровне отдельного человека;

-2. Оценки качества стоматологической помощи на индивидуальном уровне.

-3. Диагностики факторов риска на уровне отдельного человека;

-4. Диагностики факторов риска и их устранения (минимизации) на уровне отдельного класса;

-5. Диагностики факторов риска и их устранения (минимизации) на уровне отдельного населенного пункта.

76. К минерализованным зубным отложениям относят:

-1. пелликулу;

-2. зубную бляшку;

+3. зубной камень;

-4. мягкий зубной налет;

-5. пищевые остатки.

77. Мягкий зубной налет образуется при:

+1. плохой гигиене полости рта, употреблении мягкой, липкой пищи;

-2. употреблении жесткой пищи;

-3. применении лечебно-профилактической зубной пасты;

-4. применении гигиенической зубной пасты;

-5. некариесогенной диете.

78. Органический состав пелликулы состоит из:

+1. смеси гликопротеинов слюны и компонентов лизированных бактерий;

-2. гликопротеинов слюны и скопления бактерий;

-3. гликопротеинов слюны и полисахаридов;

-4. полисахаридов и скопления микроорганизмов;

-5. скопления микроорганизмов.

79. Методы обнаружения зубного налета:

+1. осмотр, высушивание, зондирование, окрашивание;

-2.пальпация;

-3.ТЭР-тест;

-4. электроодонтометрия;

-5. расспрос.

80. К основным методам чистки зубов относят:

+1. метод KAI, метод Марталера, стандартный метод;

-2. метод Леонарда;

-3. метод Чартера;

-4. метод Стилмана;

-5. Метод Фонеса.

81. При флюорозе зубов наблюдается:

+1. интоксикация организма фтором; нарушение минерализации твердых тканей зубов

-2. нарушение минерализации твердых тканей зубов;

-3. множественный кариес;

-4. гиперцементоз корней зубов;

-5. появление клиновидных дефектов эмали в области клыков и первых премоляров.

82. Какие клинические признаки наиболее характерны для дисплазии Капдепона-Стентона:

-1. пятна на отдельных зубах;

-2. бороздчатые дефекты коронок зубов; быстрое истирание коронок зубов;

+3. янтарный цвет коронок зубов; быстрое истирание коронок зубов;

-4. быстрое истирание коронок зубов; точечные дефекты эмали;

-5. точечные дефекты эмали.

83. Укажите причины гипоплазии временных зубов:

-1. заболевания матери в период беременности;

+2. последствия патологии периода новорожденности; недоношенность; заболевания матери в период беременности

-3. недоношенность;

-4. избыток фторидов в питьевой воде; заболевания матери в период беременности;

-5. диета, исключающая продукты животного происхождения.

84. По объему слюна состоит:

+1. из 99,5 *%* воды и 0,5 % органических и минеральных компонентов;

-2. из 100% воды;

-3. из 99,5 % воды и 0,5 % органических компонентов;

-4. из 99,5 % воды и 0,5 % минеральных компонентов;

-5. из 95.5% воды и 4.5% органических и минеральных компонентов.

85. Функции слюны:

-1. защитная;

-2. пищеварительная (пищевая);

-3. трофическая;

-4. речевая;

+5. Все вышеперечисленное верно.

86. Укажите наиболее частые причины ксеростомии:

-1. снижение жевательной активности (при выборе мягкой пищи, при утрате зубов, при использовании протезов;

-2. возрастное снижение продуктивности подчелюстных и подъязычных слюнных желез;

-3. отравления парасимпатомиметиками (пилокарпин);

+4. Верно 1,2.

-5. Верно 1,2,3.

87. Укажите рентгенологические признаки гибели зоны роста корня:

+1. прекращение формирования корня – стенки тонкие, канал широкий, верхушка не сформирована;

+2. нарушение целостности кортикальной пластинки лунки зуба;

+3. прекращение роста корня в длину — корень короткий, верхушка закрыта;

-4. в продолжение формирования корня;

-5. закрытие верхушечного отверстия.

88. Какими особенностями строения временных зубов обусловлено развитие апикального периодонтита в зубах с закрытой полостью зуба и при неглубокой кариозной полости:

-1. высокая степень минерализации твердых тканей;

+2. низкая степень минерализации твердых тканей;

+3. широкие, короткие дентинные канальцы;

-4. узкие дентинные канальцы;

+5. тонкий слой эмали и дентина;

-6. выраженная толщина твердых тканей.

89. Факторы, обуславливающие преобладание гранулирующего периодонтита у детей во временных зубах:

+1. тонкие костные трабекулы;

+2. наличие физиологически обусловленных процессов деструкции прилежащей костной ткани в период резорбции корней;

+3. широкие костные каналы;

-4. толстая надкостница;

+5. низкая степень минерализации костной ткани.

90. Какие особенности строения временных зубов способствуют частому развитию патологического процесса в области фуркации корней:

+1. тонкое дно полости зуба;

+2. наличие дополнительных каналов на дне полости зуба;

-3. узкие дентинные канальцы;

-4. высокая степень минерализации твердых тканей зуба;

-5. все вышеперечисленное.

91. Тип физиологической резорбции корней временного зуба зависит:

+1. от расположения зачатка одноименного постоянного зуба;

-2. степени минерализации костной ткани;

-3. возраста пациента;

-4. от состояния гигиены полости рта;

-5. все вышеперечисленное.

92. При составлении плана лечения периодонтита временных зубов необходимо учитывать:

+1. функциональную ценность зуба;

+2. степень резорбции корней;

+3. общесоматический статус пациента;

+4. психоэмоциональное состояние ребенка;

+5. готовность к сотрудничеству родителей;

93. Физиологическое развитие фолликула постоянного зуба нарушается:

+1. при деструкции прилежащей к зачатку костной ткани;

+2. при нарушение целостности кортикальной пластинки зачатка;

-3. при разрушении кортикальной пластинки альвеолы прилежащего корня (корней) временного зуба;

-4. при плохой гигиене полости рта;

-5. все вышеперечисленное.

94. Назовите требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов временных зубов:

+1. пластичность;

+2. индифферентность;

+3. отсутствие токсичности;

+4. способность рассасываться;

+5. рентгеноконтрастность.

95. Какие из перечисленных пломбировочных материалов показаны для обтурации корневых каналов временных зубов:

-1. гуттаперчивые штифты;

+2. цинкоксидэвгенолевая паста;

-3. серебряные штифты;

+4. материалы на основе гидроокиси кальция;

+5. йодоформсодержащие пасты

96. Укажите метод инструментальной обработки корневых каналов временных и постоянных зубов с несформированными корнями:

-1. апикально-корональный;

+2. коронально-апикальный;

-3. чередуя апикально-корональный и коронально-апикальный;

-4. не имеет значение;

-5. все вышеперечисленное.

97. Исходом лечения периодонтитов временных зубов могут быть:

+1. стабилизация процесса в области верхушки корня;

+2. восстановление костной ткани в области верхушки и фуркации корней;

+3. прогрессирование патологического процесса;

-4. ухудшение гигиенических навыков по уходу за полостью рта;

-5. проявление вирусных заболеваний в полости рта.

98. Под термином «апексификация» понимают:

+1. лечебные мероприятия, направленные на стимуляцию закрытия верхушечного отверстия в постоянных зубах с незаконченным формированием корней и некротизированной пульпой;

-2. лечебные мероприятия, направленные на стимуляцию роста корня в длину в постоянных зубах с незаконченным формированием корней и некротизированной пульпой;

-3. лечебные мероприятия, направленные на стимуляцию роста корня в постоянных зубах с незаконченным формированием корней и живой пульпой;

-4. лечебные мероприятия, направленные на стимуляцию выработки заместительного дентина и формирования дентинного мостика в постоянных зубах с незаконченным формированием корней;

-5. рост корня в длину и толщину.

99. Метод апексификации проводят:

-1. при лечении периодонта временных зубов с незаконченным формированием корней;

-2. при лечении периодонтита временных зубов в период резорбции корней:

-3. при лечении периодонтита временных зубов с законченным формированием корней;

+4. при лечении периодонтита постоянных зубов с незакопченным формированием корней;

-5. при лечении периодонтита постоянных зубов с законченным формированием корней.

100. Рентгенологические признаки успешного эндодонтического лечения периодонтита временного зуба:

+1. своевременная резорбция корней зуба;

-2. наличие резорбции в области фуркации;

+3. уменьшение периапикальных изменений или восстановление костной ткани в области верхушки;

-4. ускоренная резорбция корней временных зубов;

-5. образование кисты.

101. Укажите рентгенологические признаки, определяющие физиологическое состояние зоны роста корня зуба:

-1. величина очага просветления в области формирующейся верхушки корня;

+2. целостность кортикальной пластинки лунки формирующегося зуба;

-3. целостность кортикальной пластинки лунки временного зуба – предшественника;

-4. состояние антагониста;

-5. все вышеперечисленное.

102. Укажите особенности клинического течения хронического периодонтита во временных зубах:

+1. часто развивается как первично-хронический;

-2. чаще является исходом острого периодонтита;

+3. протекает с закрытой полостью зуба и при неглубокой кариозной полости;

-4. чаще протекает с открытой полостью зуба и при глубокой кариозной полости;

-5. преобладает фиброзный периодонтит;

+6. преобладает гранулирующий периодонтит.

103. Абсолютные показания к удалению временного зуба:

+1. угроза генерализации воспалительного процесса;

-2. осложненный кариес зуба, до смены осталось менее 1 года;

+3. распространение патологического процесса на зачаток постоянного зуба;

+4. обострение хронического периодонтита при безуспешности неоднократно проводимого консервативного лечения;

-5. потеря функциональной ценности зуба.

104. Целью диспансерного наблюдения ребенка с периодонтитом постоянного зуба с несформированными корнями является:

-1. создание условия для полноценного формирования и минерализации твердых тканей зуба;

+2. контроль эффективности проведенного лечения;

-3. назначение рациональной физиотерапии и средств, повышающих сопротивляемость организма;

-4. назначение средств эндогенной фторпрофилактики;

-5. назначение средств экзогенной фторпрофилактики.

**ЧЛХ и хирургическая стоматология**

1. Укажите минимальную площадь помещения при организации операционной с одним креслом в амбулаторных условиях.

-1. 28 кв.м.

-2. 14 кв.м.

-3. 20 кв.м.

+4. 23 кв.м.

-5. 25 кв.м.

2. Перечислите виды освещения хирургического кабинета.

-1. только искусственное

+2. естественное и искусственное (общее и рабочее).

-3. только естественное

3. Укажите норматив коек челюстно-лицевого стационара в зависимости от количества населения.

-1. 0,5 койки на 20000 чел.

-2. 0,5 койки на 15000 чел.

+3. 0,5 койки на 10000 чел.

-4. 0,5 койки на 5000 чел.

4. Что необходимо предпринять по правилам асептики и антисептики, если операция продолжается более 3 часов?

+1. снять перчатки, повторно обработать руки антисептиком, надеть стерильные перчатки, повторно обработать операционное поле.

-2. повторно обработать перчатки

-3. сменить перчатки на стерильные и продолжить операцию

-4. снять перчатки, повторно обработать руки антисептиком, надеть стерильные перчатки

5. Как обрабатывается кожа челюстно-лицевой области и шеи перед диагностической пункцией?

-1. сбрить все волосы

-2. мытье челюстно-лицевой области и шеи жидким мылом

+3. после механической очистки кожи тампоном втирают 3 мл антисептика в течение 30 сек.

-4. после механической очистки втирают 10 мл антисептика 5 мин.

6. В каких случаях пользуются дезинфекцией?

-1. дезинфицируют только инструменты

-2. дезинфекции подвергается перевязочный материал

+3. дезинфекции подвергается все, что соприкасается с больным.

-4. все, что соприкасается с руками хирурга

7. Что входит в понятие предстерилизационная подготовка?

-1. механическая обработка

-2. замачивание

+3. замачивание, промывание, ополаскивание и сушка инструментария

-4. промывание

-5. ополаскивание

8. Каков режим суховоздушной стерилизации инструментария в хирургическом кабинете?

-1. 120 мин. при 100°С

-2. 90 мин. при 200°С

+3. 1 час при 180°С

-4. 100 мин. при 120°С

-5. все перечисленное верно

9. Как часто проводят генеральную уборку хирургического кабинета?

-1. 2 раза в неделю

-2. 1 раз в 2 недели

+3. 1 раз в неделю

-4. каждый день

-5. все перечисленное не верно

10. Перечислите набор инструментов в лотке для обследования хирургического стоматологического пациента.

+1. шпатель (зеркало)

+2. пинцет

-3. ножницы

+4. зонд (хирургическая гладилка).

-5. штопфер

11. Какое должно быть расстояние между резцами при максимальном открытии рта в норме?

-1. 4 см

-2. 3 см

+3. 5 см.

-4. 6 см

-5. зависит от состояния сустава

12. Где открывается основной выводной проток околоушной слюнной железы?

-1. по линии смыкания зубов в проекции второго нижнего моляра

-2. по линии смыкания зубов в проекции второго верхнего моляра

+3. по линии смыкания зубов в проекции первого верхнего моляра.

-4. по линии смыкания зубов в проекции первого нижнего моляра

-5. по линии смыкания зубов в проекции второго премоляра

13. Какое анатомическое образование на лице можно аускультировать?

-1. выводной проток околоушной слюнной железы

-2. нервный пучок

+3. височно-нижнечелюстной сустав

-4. верхнечелюстной синус

14. В какой жидкости и в какой пропорции необходимо фиксировать участок ткани, взятый на биопсию?

+1. в 10% растворе нейтрального формалина в объеме 1:10.

-2. в 5% растворе кислого формалина в объеме 1:10

-3. в 15% растворе щелочного формалина в объеме 1:20

-4. в 10% растворе кислого формалина в объеме 1:20

-5. в 5% растворе щелочного формалина в объеме 1:20

15. Для каких целей берут мазки из гнойных ран?

-1. определение чувствительности к антибиотикам

-2. идентификация микроорганизмов

+3. для определения чувствительности к антибиотикам и установления вида микрофлоры.

-4. все верно

16. Каковы основные физиологические аспекты действия местных анестетиков?

-1. делают возможным деполяризацию мембраны за счет повышения проницаемости мембран для входа К+ и снижения проницаемости для выхода Na+ из клетки

+2. делают невозможной деполяризацию мембраны за счет препятствия вхождению Na+ в клетку и снижают проницаемость для выхода К+ из клетки.

-3. делают невозможными реполяризацию мембраны путем закрытия К+- каналов

-4. способствует развитию пролонгированной деполяризации за счет блокады Na+- каналов

17. Какие ферменты гидролизуют новокаин?

-1. фосфатазы

+2. эстеразы

-3. гидролазы

-4. все верно

18. Какова высшая разовая доза 2% раствора новокаина?

-1. 20-25 мл.

-2. 30-40 мл.

-3. 30-35 мл.

+4. 25-30 мл.

-5. 10-20 мл.

19. Перечислите известные Вам анестетики амидной группы?

+1. тримекаин, лидокаин,

-2. артикаин, анестезин

+3. мепивакаин, карбостезин,

-4. дикаин, новокаин

20. Какие основные противопоказания для использования анестетиков амидной группы?

-1. заболевания ЦНС

-2. беременность

+3. выраженная сердечно-сосудистая недостаточность

+4. нарушение функции печени или почек

+5. узкоугольная форма глаукомы.

21. Какие концентрации лидокаина используются для аппликационной анестезии?

-1. 2% лидокаиновая мазь

-2. 20% аэрозоль лидокаина

-3. 6% раствор лидокаина

+4. 5% лидокаиновая мазь, 10% аэрозоль лидокаина

-5. 4% аэрозоль лидокаина

22. Какова высшая разовая доля 2% раствора лидокаина?

-1. не более 30 мл.

+2. не более 50 мл.

-3. не более 20 мл.

-4. не более 60 мл.

23. Проходит ли лидокаин трансплацентарный барьер?

+1. да

-2. только на ранних сроках беременности

-3. нет

-4. на 3-4 месяце беременности

-5. все перечисленное верно

24. Какова цель препаратов пролонгирующего действия при добавлении их к местным анестетикам?

-1. вазоконстрикторы, суживая сосуды, вызывают кратковременную ишемию обезболиваемой области

+2. вазоконстрикторы, замедляя всасывание местного анестетика, уменьшают его токсическое действие, повышают выраженность и продолжительность обезболивания

-3. не влияют на продолжительность обезболивания

-4. вызывают аллергические реакции

25. Какие недостатки одноразовых шприцев затрудняют правильное выполнение местной инъекционной анестезии?

+1. неравномерное движение поршня

+2. аспирационную пробу надо выполнять двумя руками

-3. необходимость стерилизации

-4. невозможно использовать острую иглу

+5. неточная дозировка препарата

26. Какие основные виды карпульных шприцев Вы знаете?

+1. с боковой и фронтальной загрузкой

-2. с вертикальной загрузкой

-3. с фронтальной и горизонтальной загрузкой

27. Какую информацию должна нести этикетка карпульной иглы?

+1. выполнять функцию пломбы

-2. вид среза на кончике иглы

-3. диаметр иглы

+4. должна быть цветокодировка или указание длины иглы

+5. срок годности

28. Какой диаметр имеют карпульные иглы?

-1. 0,3-0,5 мм.

+2. 0,25-0,3 мм.

-3. 0,1-0,2 мм.

-4. 0,36-0,43 мм.

29. Какое преимущество имеет удлиненный тройчатый срез карпульной иглы?

+1. создает легкое прокалывание тканей

+2. незначительная боль при продвижении в ткани

+3. безопасное продвижение по надкостнице.

-4. возможность глубокого введения анестетика

-5. возможность использования в одноразовом шприце

30. Какова должна быть скорость введения анестетика?

-1. 1 мл за 5 сек

+2. 1 мл за 30 сек или 1 карпула в минуту

-3. 1 мл за 60 сек

-4. 1 мл за 2 мин

32. Укажите место вкола иглы при проведении аподактильного способа мандибулярной анестезии.

-1. Вкол проводится во внутренний скат крылочелюстной складки на середине расстояния между жевательными поверхностями третьих премоляров.

+2. Вкол проводится в наружный скат крылочелюстной складки на середине расстояния между жевательными поверхностями третьих моляров.

-3. Вкол проводится во внутренний скат крылочелюстной складки на середине расстояния между проксимальными поверхностями третьих моляров.

33. Какие внеротовые методы обезболивания нижнеальвеолярного нерва Вы знаете?

+1. анестезия доступом из поднижнечелюстной области

+2. подскуловой способ Берше-Дубову

-3. торусальная анестезия

-4. аподактильный метод мандибулярной анестезии

34. Какое анатомическое образование является ориентиром для вкола иглы при проведении торусальной анестезии?

-1. скулоальвеолярный гребень

-2. скуловерхнечелюстной шов

+3. крылочелюстная складка

-4. ретромолярный треугольник

35. Какие группы фармакологических препаратов могут использоваться для потенцированной анестезии?

+1. наркотические анальгетики

-2. гормоны

+3. транквилизаторы

+4. нейролептики

-5. вазоконстрикторы

36. Как называется инструмент, с помощью которого проводят интубацию?

-1. бронхоскоп

-2. колоноскоп

+3. ларингоскоп

-4. визиограф

37. Какие виды наркоза входят в понятие "неингаляционный наркоз"?

+1. внутривенный

-2. интубационный

+3. прямокишечный

-4. масочный

38. Для чего перед наркозом пациенту вводят М-холинолитики (0,1% р-р атропина сульфат)?

+1. для уменьшения секреции слюнных и бронхиальных желез и профилактики ларингоспазма

-2. с целью сосудосуживающего эффекта

-3. для увеличения секреции слюнных и бронхиальных желез и профилактики ларингоспазма

39. Через какой срок после инфаркта миокарда можно удалять зуб?

-1. через год

-2. через 1 месяц

+3. через 3-6 мес.

-4. через 2 месяца

40. Какие триместры беременности являются общим относительным противопоказанием к операции удаления зуба?

-1. 1 и 2 триместры

+2. 1 и 3 триместры

-3. 2 и 3 триместры

41. Как отличить щипцы для удаления зубов с сохранившейся коронкой от корневых щипцов?

-1. щечки для удаления зубов с сохранившейся коронкой сходятся

-2. ручка щипцов для удаления зубов с сохранившейся коронкой S-образно изогнута

+3. щечки для удаления зубов с сохранившейся коронкой не сходятся

-4. щипцы имеют шип на щечках

-5. щипцы изогнуты по плоскости

42. Как называются коронковые щипцы для удаления 16 зуба?

+1. S-образные коронковые правые

-2. штыковидные правые щипцы

-3. S-образные коронковые левые

-4. клювовидные щипцы

-5. щипцы изогнутые по плоскости

43. Какие щипцы для верхней челюсти имеют переходную часть?

-1. для удаления премоляров и моляров

-2. для удаления только моляров

-3. для удаления корней

+4. для удаления третьего моляра и для удаления корней

-5. для удаления резцов и удаления корней

44. Как называются коронковые щипцы для удаления нижних третьих моляров при ограниченном открывании рта?

-1. штыковидные щипцы

+2. клювовидные щипцы, изогнутые по плоскости

-3. S-образные щипцы

-4. прямые щипцы

45. Перечислите разновидности элеваторов.

+1. прямой, угловой (боковой), штыковидный.

-2. прямой, угловой, плоский

-3. прямой, плоский, штыковидный

-4. угловой, плоский, штыковидный

46. При удалении какого зуба на верхней челюсти первое раскачивающее движение проводят в небную сторону?

+1. для вторых и третьих моляров.

-2. для первого и второго моляров

-3. для второго премоляра и первого моляра

-4. для первых, вторых, третьих моляров

47. При удалении каких зубов верхней челюсти можно проводить ротационные движения?

-1. только для удаления резцов и клыков

-2. резцы и клыки верхней челюсти, первые премоляры

+3. резцы и клык верхней челюсти, разъединенные корни первого премоляра и моляров верхней челюсти.

-4. резцы и клыки верхней челюсти, вторые премоляры

-5. резцы и клыки верхней челюсти.

48. Какое должно быть положение пациента в кресле при работе с верхней челюсти?

-1. рот пациента должен находиться на уровне локтевого сустава врача.

-2. рот пациента должен находиться на уровне плечевого сустава врача, голова несколько кпереди.

+3. рот пациента должен находиться на уровне плечевого сустава врача, голова откинута назад.

49. Какое должно быть положение пациента в кресле при работе на нижней челюсти?

-1. рот пациента на уровне локтевого сустава врача, голова откинута назад.

+2. рот пациента находится на уровне локтевого сустава врача, подбородок приведен к груди.

-3. рот пациента на уровне плечевого сустава врача, подбородок приведен к груди.

50. Каково положение врача при работе с премолярами и молярами правой половины нижней челюсти?

+1. справа и сзади от пациента.

-2. справа и спереди от пациента

-3. слева и спереди от пациента

51. Каким условиям должен отвечать размер слизисто-надкостничного лоскута при сложном удалении зуба?

-1. сформированный лоскут своими краями с двух сторон должен на 1,5-2 см. перекрывать удаляемую стенку лунки.

-2. сформированный лоскут своими краями должен соответствовать стенкам лунки удаляемого зуба.

+3. сформированный лоскут своими краями с двух сторон должен на 0,5-1 см. перекрывать удаляемую стенку лунки.

52. С какой целью производят ушивание лунки зуба?

-1. для того, чтобы пищевые остатки не попали в лунку удаленного зуба

+2. с целью правильного расположения разорванной слизистой и (или) удержания кровяного сгустка.

-3. с целью более быстрого образования костной ткани.

53. На какую величину происходит рассасывание краев лунки удаленного зуба при заживлении?

+1. на 1/3 длины корня

-2. на 1/2 длины корня

-3. рассасывание краев лунки удаленного зуба не происходит

54. В каких случаях на амбулаторном приеме может произойти перелом нижней челюсти?

+1. при нарушении техники удаления зуба

+2. при наличии патологического процесса в зоне удаляемого зуба

-3. при сближении краев лунки

-4. при атрофии альвеолярного отростка, в результате многочисленного отсутствия зубов

55. Какими методами возможно удержание сгустка в лунке при перфорации верхнечелюстной пазухи?

+1. ушивание лунки

+2. закрытие лунки турундой с антисептиком и удержание последней 8-образной лигатурой на соседних зубах, каппой или съемным протезом

+3. пластическое закрытие лунки с помощью мобилизованного слизисто-надкостничного лоскута.

-4. кюретаж лунки

-5. введение йодоформной турунды на всю длину лунки.

56. Какие клинические признаки перфорации верхнечелюстной пазухи Вы знаете?

+1. появление в лунке крови с пузырьками воздуха

+2. погружение хирургического инструмента на большую глубину при ревизии лунки

+3. возможное кровотечение из соответствующей половины носа

-4. появление в лунке крови без пузырьков воздуха

57. Какую операцию необходимо провести при аспирации зуба или корня и обтурации дыхательных путей?

+1. трахеотомию (или крикоконикотомию).

-2. попытаться самостоятельно извлечь зуб из дыхательных путей

-3. доставка пациента в реанимационное отделение

58. Какие различают кровотечения (по временному фактору)?

+1. первичные

-2. первичные ранние

+3. вторичные поздние.

+4. вторичные ранние

-5. первичные поздние

59. Какие местные причины могут провоцировать первичное луночковое кровотечение,

-1. разрыв слизистой оболочки

-2. отлом части альвеолярной кости

-3. повреждение аномально расположенного сосуда

-4. внутрисосудистая костная опухоль

+5. все ответы верны

60. Какие местные причины могут провоцировать вторичное раннее кровотечение?

+1. применение анестетиков с большим содержанием вазоконстрикторов

+2. травматическое хирургическое вмешательство

+3. несоблюдение пациентом рекомендаций врача по уходу за лункой удаленного зуба

-4. правильно только а) и б)

61. Какие общие факторы могут явиться причиной постэкстракционного кровотечения?

-1. геморрагические диатезы

-2. гипертоническая болезнь

-3. сахарный диабет

-4. передозировка антикоагулянтов

+5. все ответы верны

62. Что приводит к позднему вторичному кровотечению?

+1. гнойное расплавление тромба

-2. разрыв слизистой оболочки

-3. повреждение сосуда

63. Какие исследования крови необходимо провести для использования общих способов остановки кровотечения?

+1. общий анализ крови

+2. свертываемость

+3. развернутую коагулограмму

-4. анамнез крови на РВ - реакция Вассермана

64. Где должно быть проведено удаление зуба у пациента, страдающего гемморрагическим диатезом?

-1. в поликлинических условиях

-2. в стационаре без консультаций с гематологом

-3. в поликлинике с консультацией гематолога

+4. в стационаре, после подготовки к операции совместно с гематологом

65. В какие сроки после удаления зуба может развиться альвеолит?

-1. на 10-12 суток

-2. на 1-2 суток

+3. на 3-4 сутки

-4. через неделю

66. Какие манипуляции необходимо провести при ошибочном введении вместо анестетика другого раствора?

+1. инфильтрировать ткани анестетиком, затем рассечь их и ввести дренаж

-2. осуществить ревизию раны

-3. произвести рентгенологическое исследование

67. Почему необходимо немедленно при первых симптомах анафилактического шока провести венепункцию или венесекцию с налаживанием капельницы?

+1. потому что при падении АД подкожные вены спадаются, а лекарственные вещества при анафилактическом шоке должны вводиться внутривенно.

-2. потому что при анафилактическом шоке необходимо введение большого количества лекарственных препаратов

68. Как рассчитывается доза преднизолона при анафилактическом шоке?

-1. 10 мг/кг массы

-2. 0,1 мг/кг массы

+3. 1-5 мг/кг массы

69. Какое должно быть соотношение искусственных систол к искусственным вдохам при сердечно-легочной реанимации, если помощь оказывают два человека?

-1. 2:1

-2. 3:1

+3. 15:2

-4. 1:5

70. При остром периодонтите боль при жевании

-1. в нескольких зубах

+2. только в причинном зубе

-3. боли в зубах нет

-4. зуб определить нельзя

-5. все ответы неправильные

71. У пациента в подкожной клетчатке щеки определяется округлое плотное, безболезненное образование, от него к зубной альвеоле идет плотный тяж. Это

-1. увеличенный лимфоузел

-2. подкожный абсцесс

-3. подкожная киста

+4. подкожная гранулема

72. Гемисекция зуба проводится при наличии на рентгенограмме

-1. гранулирующего очага у корня центрального резца

+2. гранулирующего очага у дистального корня нижнего моляра

-3. гранулемы у щечного и небного корня моляра верхней челюсти

-4. гранулемы у второго премоляра верхней челюсти

73. Какая необходима подготовка к операции резекции верхушки корня?

-1. Пломбирование кариозной полости и восстановление формы коронки зуба

-2. Медикаментозная обработка и пломбирование кариозной полости

-3. Медикаментозная обработка и пломбирование канала корня зуба эвгенолтимоловой пастой

+4. Медикаментозная обработка и пломбирование канала корня зуба цементом

74. Одновременные повреждения челюстно-лицевой области и других областей тела называются:

-1. множественными;

-2. комбинированными;

+3. сочетанными;

-4. монотравмы;

-5. бытовые.

75. При какой локализации периостита челюсти возникает затрудненное открывание рта?

+1. С вестибулярной и язычной сторон нижней челюсти в области моляров

-2. С вестибулярной стороны нижней челюсти в области премоляров

-3. С вестибулярной и неюной сторон верхней челюсти в области премоляров

-4. С язычной стороны нижней челюсти в области премоляров

-5. С вестибулярной стороны верхней челюсти в области моляров

76. При какой локализации периостита челюсти бывает отек околочелюстных тканей?

+1. Область нижних резцов с вестибулярной стороны

+2. Область нижних премоляров с вестибулярной стороны

+3. Область верхних премоляров с вестибулярной стороны

-4. Область верхних премоляров с небной стороны

+5. Область нижних моляров с вестибулярной стороны

77. Одонтогенный остеомиелит - это

-1. Воспалительный процесс в костном мозге челюсти

-2. Воспалительный процесс в челюсти и окружающих ее мягких тканях

+3. Инфекционный, гнойно-некротический воспалительный процесс в челюсти и окружающих ее мягких тканях

78. Для острой стадии остеомиелита челюсти характерна боль при перкуссии

-1. Причинного зуба

-2. Соседних зубов

+3. Причинного и соседних зубов

79. Какие патоморфологические процессы характерны для хронической стадии одонтогенного остеомиелита челюстей?

+1. Образование грануляционного вала вокруг некротизированной кости, формирование секвестральной капсулы, образование секвестров кости

-2. Образование грануляционного вала и новой костной ткани в очаге поражения

-3. Некроз костной ткани в очаге поражения и образование грануляционного вала

80. Острая стадия остеомиелита челюсти клинически отличается от острого периостита, следующими симптомами

+1. Подвижностью и реакцией на перкуссию ряда зубов

+2. Воспалительной реакцией надкостницы с вестибулярной и оральной поверхности челюсти

-3. Повышением температуры тела

-4. Регионарным лимфаденитом

81. Полуретенированный зуб - это

-1. Неправильно расположенный зуб в зубном ряду

+2. Неполное прорезывание зуба через костную ткань или слизистую оболочку

-3. Непрорезавшийся зуб через костную ткань и слизистую оболочку

82. Какие зубы на верхней челюсти чаще подвергаются ретенции и смещению?

-1. Первый премоляр, третий моляр

-2. Клык, второй моляр

-3. Клык, боковой резец

+4. Третий моляр, клык, боковой резец

83. Может ли острый периокоронит перейти в хронический?

-1. Не может, т.к. это только острое воспалительное заболевание

-2. Не может, т.к. проведенное лечение купирует процесс

+3. Может, если не устранена причина воспаления

84. Показаниями к удалению нижнего зуба мудрости при его затрудненном прорезывании являются

+1. Неправильное положение зуба и нехватка места в альвеолярном отростке

+2. Рецидивы воспалительного процесса

-3. Отсутствие контакта с зубом - антагонистом

85. Лимфа от нижних резцов и клыка впадает в лимфатические узлы

-1. Лицевые

-2. Поднижнечелюстные

+3. Подбородочные

-4. Заглоточные

86. Аденофлегмона отличается от одонтогенной флегмоны

-1. Быстрым развитием процесса

+2. Медленным развитием процесса

+3. Удовлетворительным состоянием пациента

-4. Тяжелым состоянием пациента

87. При распространении воспалительного процесса из поднижнечелюстного пространства в крыловидно-нижнечелюстное пространство возникает

+1. Боль при глотании

+2. Затрудненное открывание рта

-3. Затрудненное дыхание

-4. Невнятная речь

88. Жалобы пациента с флегмоной поднижнечелюстной области

-1. Затрудненное открывание рта

+2. Боль в области нижней челюсти

-3. Боль при глотании

+4. Болезненная припухлость в поднижнечелюстной области

89. Границы подподбородочной области

+1. Челюстно-подъязычная мышца

+2. Собственная фасция шеи

+3. Двубрюшная мышца

-4. Подбородочно-подъязычная мышца

+5. Тело подъязычной кости

90. У пациента с флегмоной подбородочного треугольника клинически определяется

-1. Затрудненное открывание рта

+2. Болезненная припухлость подбородочной области

-3. Болезненное глотание

+4. Сглаженность верхней шейной складки

-5. Болезненное жевание

91. Источники инфицирования окологлоточного пространства

-1. Одонтогенная инфекция из соседних анатомических пространств

-2. Травма боковой стенки глотки

-3. Инфекционно-воспалительные процессы в небных миндалинах

-4. Периодонтит больших коренных зубов верхней и нижней челюстей

+5. Все ответы верные

92. Жалобы, характерные для флегмоны окологлоточного пространства

-1. Невозможность открывания рта, затрудненное дыхание

+2. Резкая боль при глотании, ограничение открывания рта, затрудненное дыхание

-3. Сильные боли при глотании, открывание рта свободное, затрудненное дыхание

93. Характерные изменения в полости рта при флегмоне окологлоточного пространства

-1. Значительный отек корня языка

-2. Инфильтрация тканей твердого неба

+3. Припухлость передней дужки и мягкого неба, смещение язычка в здоровую сторону

94. Границы крыловидно-нижнечелюстного пространства

-1. Внутренняя поверхность тела нижней челюсти

+2. Латеральная крыловидная мышца

+3. Внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

+4. Медиальная крыловидная мышца

-5. Щечная мышца

95. При флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства обнаруживаются следующие изменения в полости рта:

+1. Гиперемия слизистой оболочки в области крыловидно-нижнечелюстной складки

+2. Выраженная инфильтрация крыловидно-нижнечелюстной складки с резкой болезненностью при пальпации

+3. Отечность и гиперемия слизистой оболочки области зева

-4. Инфильтрация подъязычной области

+5. Отечность и гиперемия передней дужки зева

96. Передней границей околоушно-жевательной области является:

+1. Передний край жевательной мышцы

-2. Задний край жевательной мышцы

-3. Передний край ветви нижней челюсти

-4. Скуло-альвеолярный шов

97. Длительное течение воспалительного процесса в области жевательной мышцы приводит к

+1. Вторичному кортикальному остеомиелиту

-2. Некрозу околоушной слюнной железы

-3. Воспалению лицевого нерва

-4. Гнойному расплавлению сосудисто-нервного пучка шеи

98. Инфекционно-воспалительный процесс при флегмоне дна полости рта может распространиться в

+1. Окологлоточное пространство

+2. Позадичелюстное пространство

-3. Клетчатку крылонебной ямки

+4. Сосудисто-нервный пучок шеи

-5. Ретробульбарную клетчатку

99. Выбор оперативного доступа при вскрытии флегмоны дна полости рта зависит от

+1. Локализации процесса

-2. Тяжести состояния пациента

-3. Времени развития процесса

100. Назначение гипербарической оксигенации при лечении пациентов гнилостно-некротической флегмоной обусловлено наличием анаэробной флоры и показано

+1. После широкого вскрытия очага воспаления и ревизии смежных клетчаточных пространств

-2. До операции для уменьшения некроза тканей в очаге воспаления

-3. После наложения вторичных швов, для улучшения формирования послеоперационного рубца