

**ПРИМЕРНЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**  
**для государственной итоговой аттестации выпускников**  
**Дальневосточного государственного медицинского университета**  
**по специальности 31.05.03 Стоматология**

1. При системной гипоплазии эмали поражаются:
  1. зубы одного периода формирования
  2. временные и постоянные резцы
  3. зубы антагонисты
  4. только первые моляры
  
2. Вторичным элементом поражения при остром герпетическом стоматите является:
  1. эрозия
  2. папула
  3. пузырьёк
  4. пятно
  
3. Дифференциальная диагностика фолликулярной кисты проводится с:
  1. радикулярной кистой
  2. одонтомой
  3. цементомой
  4. репаративной гранулемой
  
4. Недоразвитие эмали и дентина отмечается при синдроме:
  1. Стентона-Капдепона
  2. эктодермальной дисплазии
  3. Мелькерсона-Розенталя
  4. кошачьего крика
  
5. Афты беднара относятся к заболеванию слизистой оболочки полости рта:
  1. хроническая травма слизистой
  2. хронический рецидивирующий афтозный стоматит
  3. острый герпетический стоматит
  4. вторичный сифилис
  
6. Отверткообразная или бочкообразная форма коронки и полулунная выемка на режущем крае центральных резцов характерны для зубов:
  1. Гетчинсона
  2. Пфлюгера
  3. Фурнье
  4. Тернера
  
7. Возбудителем герпангины является:
  1. вирус коксаки
  2. вирус простого герпеса
  3. вирус гриппа
  4. цитомегаловирус
  
8. При хронических формах пульпита обнаруживается микрофлора:
  1. смешанная
  2. стрептококковая
  3. стафилококковая

4. грибковая

9. Идиопатическое заболевание с прогрессирующим лизисом тканей пародонта это синдром:

1. Папийона – Лефевра
2. Блоха-Сульцбергера
3. Стентона – Капдепона
4. Аспергера

10. Для лечения острого герпетического стоматита в первые дни назначают:

1. ацикловир
2. масло шиповника
3. метронидазол
4. флюкостат

11. К реставрационным стеклоиономерным цементам относится:

1. Fiji 9
2. Vitrebond
3. Ultrablend
4. Cavalite

12. Метод лечения пульпита, при котором удаляют коронковую пульпу с сохранением корневой, называется:

1. пульпотомия
2. не прямое покрытие пульпы
3. прямое покрытие пульпы
4. пульпэктомия

13. Для проведения метода инфильтрации начальных форм кариеса применяется препарат:

1. Icon
2. Gaenial bond
3. G-coat
4. Opalustre

14. Во избежание рецидива кандидоза лечение должно продолжаться:

1. 7-12 дней после ликвидации налета
2. 7 дней
3. до полной ликвидации налета
4. 5 дней

15. Для местного применения при лечении кандидоза применяют:

1. 1-2% раствор пищевой соды
2. 10-20% раствор пищевой соды
3. инстилляцию интерферона
4. противомикробные мази

16. Местная терапия экзематозного хейлита предусматривает применение:

1. мази «Оксикорт»
2. гигиенической губной помады
3. мази «Клотримазол»
4. мази «Ацикловир»

17. Сроки коррекции рубцовых деформаций мягких тканей, вызывающих функциональные нарушения:

1. через 8-10 мес после заживления раны
2. сразу после обнаружения
3. через 5 лет после травмы
4. после окончания формирования и роста тканей

18. Основной критерий эффективности лечения периодонтита постоянных зубов:

1. восстановление структуры костной ткани на рентгенограмме (апексофикация)
2. отсутствие боли при накусывании
3. отсутствие рецидивов воспаления
4. отсутствие свища на десне

19. Для профилактики кандидоза нистатин назначают при лечении препаратами:

1. антибиотиками
2. противовирусными
3. антигистаминными
4. анальгетиками

20. Клинические формы флюороза:

1. меловидно-крапчатая
2. чашеобразная
3. «гипсовые» зубы
4. «рифленные» зубы

21. Группы зубов, которые чаще поражаются системной гипоплазией эмали:

1. первые моляры и фронтальные зубы
2. фронтальные
3. все группы зубов
4. резцы и вторые моляры

022. Клинические проявления флюороза:

1. белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
2. слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
3. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
4. борозды параллельные режущему краю

23. Жалобы больного при местной гипоплазии эмали на:

1. косметический недостаток
2. боли от горячего раздражителя
3. ночные боли
4. подвижность зубов

24. Клиническая характеристика эмали зубов при местной гипоплазии:

1. пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
2. белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
3. слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
4. стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

25. Клиническая характеристика эмали зубов при пятнистой форме флюороза:

1. изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба
2. окрашивание коронок зубов в желтый цвет
3. симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации

4. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

26. Клиническая характеристика эмали при тетрациклиновых зубах:

1. окрашивание коронок зубов в желтый цвет
2. симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
3. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
4. стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

27. Причины местной гипоплазии эмали:

1. травматическое повреждение зачатка зуба
2. болезни матери во время беременности
3. болезни ребенка после рождения
4. вредные привычки матери во время беременности

28. Причинные неблагоприятные факторы развития несовершенного одонтогенеза (дисплазии капдепона):

1. передача патологии твердых тканей по наследству
2. хронический периодонтит молочного зуба
3. заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
4. вколоченный вывих молочных зубов

29. Причинные неблагоприятные факторы развития флюороза:

1. интоксикация фтором
2. хронический периодонтит молочного зуба
3. заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
4. передача патологии твердых тканей по наследству

30. Причинные неблагоприятные факторы развития местной гипоплазии эмали:

1. хронический периодонтит молочного зуба
2. интоксикация фтором
3. заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
4. прием тетрациклина в период формирования зачатков зубов

31. Факторы, влияющие на развитие системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

1. болезни ребенка после рождения, нарушение режима питания ребенка
2. болезни матери во II половине беременности
3. множественное поражение молочных зубов осложненным кариесом
4. болезни матери в I половине беременности

32. Причины несовершенного развития и строения эмали и дентина:

1. генетические факторы
2. болезни матери во I половине беременности
3. болезни матери во II половине беременности
4. болезни ребенка во II полугодии первого года жизни

33. Возможные изменения при местной гипоплазии эмали:

1. пигментированное пятно на эмали
2. «рифленные» зубы
3. облитерация полости зуба
4. поражение эмали всех моляров и фронтальных зубов

34. Заболевания, являющиеся наследственными:

1. несовершенный амелогенез
2. системная гипоплазия
3. тетрациклиновые зубы
4. местная гипоплазия

35. ЭОД при хронических пульпитах постоянных зубов:

1. 20-60 мкА
2. 2-6 мкА
3. 8-10 мкА
4. 10-20 мкА

36. Проницаемость эмали повышается под действием:

1. углеводистой пищи
2. ультрафиолетового света
3. глюконата кальция
4. фторидсодержащих зубных паст

37. Для лечебной прокладки при глубоком кариесе применяются:

1. прокладки на основе гидроокиси кальция
2. пасты с гормональными препаратами
3. пасты с антибиотиками
4. форфенан

38. Основой лечебных прокладок «дикал», «кальци-пульп», «кальмецин» является:

1. гидроокись кальция
2. антибиотик
3. антисептик
4. интерферон

39. Для выявления кариозных пятен методом окрашивания применяют:

1. 2% раствор метиленового синего
2. реактив Шиллера-Писарева
3. раствор йодистого калия
4. бриллиантовый зеленый

40. При лечении зуба методом высокой ампутации на оставшуюся в канале часть корневой пульпы воздействуют лекарственными веществами с целью:

1. прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования зуба
2. обеспечения дальнейшего формирования зуба
3. прекращения дальнейшего формирования корня
4. ускорения формирования корня

41. Медикаментозные средства для антисептической обработки каналов:

1. йодиол
2. раствор Шиллера-Писарева
3. физиологический раствор
4. спирт

42. Гипохлорит натрия для обработки канала целесообразно использовать в концентрации:

1. 2,5-3%
2. 0,5-1%
3. 10-15%

4. 20 %

43. Для медикаментозной обработки корневого канала используют:

1. хлоргексидин
2. спирт
3. лизетол
4. физиологический раствор

44. Индикатором чистоты корневых каналов является:

1. хлорофиллипт
2. гипохлорит натрия
3. фурацилин
4. трипсин

45. Медикаментозные средства для антисептической обработки корневых каналов:

1. хлоргексидин
2. дистиллированная вода
3. физиологический раствор
4. спирт

46. При подсчете индекса РМА десну окрашивают:

1. раствором Шиллера-Писарева
2. метиленовой синью
3. бриллиантовым зеленым
4. эритрозином

47. Выберите раствор, применяемый при гипертрофическом гингивите для склерозирующей терапии:

1. 30% трихлоруксусной кислоты
2. 3% H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>
3. 40% формалина
4. йодинол

48. Для проведения формалиновой пробы применяют:

1. 3% раствор
2. 0,5% раствор
3. 10% раствор
4. 20% раствор

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

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

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

1. 5% бутадионовую
2. 0,25% оксолиновую
3. 2% неомициновую
4. 5% синтомициновую

51. Лекарственные средства, назначаемые при герпангине в первые 2-3 дня заболевания:

1. противовирусные препараты
2. антисептики
3. антибиотики
4. кератопластики

52. Препараты для перорального введения при остром герпетическом стоматите в период высыпаний:

1. ацикловир
2. тетрациклин
3. сульфадиметоксин
4. нистатин

53. Этиологическим лечением при остром герпетическом стоматите являются:

1. противовирусные препараты
2. антисептики
3. протеолитические ферменты
4. обезболивающие средства

54. Нистатин для лечения молочницы назначают из расчета в суточной дозе на 1 кг массы тела:

1. 50 000 ЕД
2. 100 000 ЕД
3. 150 000 ЕД
4. 200 000 ЕД

55. Для лечения кандидоза используют мази:

1. канестен (клотримазол)
2. гепариновую
3. бонафтоновую
4. солкосерил

56. Кератопластические средства:

1. актовегин, солкосерил
2. неомициновая мазь
3. теброфеновая мазь
4. клотримазол

57. Лекарственные средства, вызывающие химические ожоги слизистой оболочки полости рта:

1. формалин
2. картолин
3. лизоцим
4. витаон

58. Для обезболивания слизистой оболочки полости рта при остром герпетическом стоматите используют:

1. 10% взвесь анестезина в масле
2. 1% раствор тримекаина
3. 2% раствор новокаина
4. 10% раствор лидокаина в спрее

59. При кандидозе для обработки полости рта используют раствор гидрокарбоната натрия:

1. 1-2%
2. 4-5%

3. 7-9%
4. 10-15%

60. Способствует гипосенсибилизации и быстро улучшает самочувствие больного многоформной экссудативной эритемой:

1. внутривенное введение тиосульфата натрия
2. курс антибиотиков широкого спектра действия
3. противовирусные препараты во внутрь и местно
4. растворы натрия салицилата в возрастной дозировке

61. При пиодермии на красной кайме губ гнойные корки размягчают раствором перекиси водорода:

1. 1%
2. 3%
3. 5%
4. 10%

62. Нейтрализацию химических кислотных ожогов проводят раствором натрия гидрокарбоната:

1. 1-2%
2. 0,5%
3. 5-10%
4. 20-30%

63. Для аппликационного обезболивания слизистой оболочки рта применяют:

1. гель на основе бензокаина
2. 0,5% взвесь анестезина в глицерине
3. 2% р-р новокаина
4. 10% спрей лидокаина

64. Для обработки полости рта при кандидозе необходимо:

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

65. Лекарственные средства, вызывающие химические ожоги:

1. резорцин-формалиновая смесь
2. винилин
3. метиленовый синий
4. витаон

66. Этиотропные лекарственные средства при герпангине в первые 2-3 дня заболевания:

1. противовирусные препараты
2. ферменты
3. антисептики
4. антибиотики

67. Для ускорения заживления элементов хронического рецидивирующего афтозного стоматита применяют:

1. солкосерил дентальную адгезивную пасту
2. флореналевую мазь

3. теброфеновую мазь
4. мазь клотримазол

68. Для лечения ОГС применяют мази:

1. ацикловир
2. канестен
3. неомициновую
4. бутадионовую

69. Для лечения молочницы применяют мази:

1. клотримазол, нистатиновую
2. теброфеновую, оксолиновую
3. неомициновую, тетрациклиновую
4. фторокорт, флуцинар

70. При кандидозе внутрь назначают препараты:

1. противогрибковые
2. противовирусные
3. антибактериальные
4. гормональные

71. Для антисептических полосканий при ХРАС (хроническом рецидивирующем афтозном стоматите) рекомендуют:

1. настои и отвары трав
2. растворы антибиотиков
3. раствор борной кислоты
4. раствор аскорбиновой кислоты

72. Этиотропным средством лечения ОГС (острого герпетического стоматита) в период высыпания является:

1. противовирусное
2. жаропонижающее
3. обезболивающее
4. кератопластическое

73. Устранение действующей причины при локальном пародонтите приводит к:

1. стабилизации процесса
2. переходу в следующую фазу заболевания
3. выздоровлению
4. не влияет на течение заболевания

74. Лечение хронического катарального гингивита:

1. гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
2. гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
3. обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
4. обезболивание, массаж, смазывание десен кератопластиками

75. Лечение гипертрофического гингивита:

1. гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия
2. гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

3. гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
4. обезболивание, антибактериальные средства, физиотерапия

76. Лечение атрофического гингивита:

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

77. Лечение язвенно-некротического гингивита:

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

78. Эпителизация элементов при герпангине происходит через:

1. 10-12 дней
2. 1-2 дня
3. 3-4 дня
4. 5-6 дней

79. Для лечения острого герпетического стоматита в первые 3 дня назначают препараты:

1. противовирусные и обезболивающие
2. кератопластические
3. антибактериальные
4. противогрибковые

80. насильственное отторжение налета при тяжелой форме кандидоза может привести к:

1. развитию генерализованной формы
2. более быстрому выздоровлению
3. не вызывает изменений
4. летальному исходу

81. При пиодермии на красной кайме и коже губ выявляют:

1. пустулы, толстые соломенно-желтые корки
2. эрозии, покрытые фибринозным налетом
3. прозрачные корочки, фиксированные в центре
4. уртикарную сыпь, разлитую гиперемию

82. При атопическом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать:

1. десенсибилизирующую терапию
2. антибактериальную терапию
3. противовирусную терапию
4. антисептическую обработку

83. Успех лечения травматических эрозий и декубитальных язв определяет:

1. устранение травмирующего слизистую оболочку фактора
2. применение дезинфицирующих средств

3. применение кератопластических средств
4. применение антибактериальных препаратов

84. Частота обработки полости рта при остром герпетическом стоматите:

1. после каждого приема пищи
2. каждый час
3. перед едой
4. только перед сном

85. Частота обработки полости рта при молочнице:

1. сразу после каждого приема пищи
2. каждый час
3. перед едой
4. только перед сном

86. Частота обработки полости рта при пиодермии:

1. каждый час
2. перед едой
3. после каждого приема пищи
4. только перед сном

87. Частота обработки полости рта при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите:

1. после каждого приема пищи
2. каждый час
3. только перед сном
4. через день

88. Частота обработки полости рта при многоформной экссудативной эритеме:

1. после каждого приема пищи
2. перед едой
3. только перед сном
4. через день

89. Полиморфизм высыпаний характерен для:

1. МЭЭ (многоформной экссудативной эритеме)
2. ОГС(острого герпетического стоматита)
3. молочницы
4. ХРАС (хронического рецидивирующего афтозного стоматита)

90. Кератопластические средства при лечении острого герпетического стоматита целесообразно назначать в период:

1. угасания
2. латентный
3. продромальный
4. катаральный

91. Патогенетическое лечение герпангины:

1. противовирусное
2. антибактериальное
3. физиотерапевтическое
4. кератопластическое

92. Острый токсический периодонтит развивается:

1. при передозировке и при несвоевременном удалении пульпы после наложения мышьяковистой пасты
2. при выведении за верхушку пломбировочного материала
3. после проведения резорцин-формалинового метода
4. при медикаментозной обработке канала 3 % гипохлоритом натрия

93. При медикаментозном стоматите возможно появление на коже тела:

1. уртикарной сыпи
2. синюшно-красных пятен округлой формы, с пузырьком или папулой в центре
3. мелких пузырьковых высыпаний
4. пигментных пятен

94. Методика лечения кариеса в стадии меловидного пятна постоянных зубов:

1. аппликация реминерализующих препаратов
2. препарирование с последующим пломбированием
3. аппликация раствора гидрокарбоната натрия
4. импрегнация 30% раствором нитрата серебра

95. Для лечебной прокладки при глубоком кариесе применяются:

1. препараты на основе гидроксида кальция
2. паста с гормональными препаратами
3. паста с антибиотиками
4. резорцин-формалиновая паста

96. Стеклоиономерные цементы используют при лечении среднего кариеса зубов:

1. всех молочных и постоянных зубов
2. только молочных несформированных
3. только молочных сформированных
4. только постоянных несформированных

97. Показанием к лечению пульпита методом витальной ампутации является:

1. перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы
2. перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы
3. хронический гангренозный пульпит в постоянном однокорневом зубе с несформированным корнем
4. все формы пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня

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

1. запломбировать канал
2. зуб оставить открытым
3. наложить временную пломбу (повязку)
4. направить на физиотерапию

99. При лечении хронического периодонтита постоянного однокорневого зуба со сформированным корнем вне обострения:

1. вскрыть полость зуба, раскрыть ее, удалить распавшуюся коронковую и корневую пульпу, промыть антисептиками канал, раскрыть верхушку корня, запломбировать канал
2. в первое посещение обработать настойкой йода переходную складку и соседние зубы, обработать кариозную полость, раскрыть полость зуба, оставить зуб открытым
3. раскрыть полость зуба, удалить распад из канала, назначить теплые ротовые ванночки
4. удалить распад из канала, оставить турунду с антисептиком

100. При переломе коронки с обнажением пульпы постоянного сформированного зуба в первые 6 часов необходимо провести:

1. экстирпация пульпы
2. высокая ампутация пульпы
3. витальная ампутация
4. биологический метод с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой

101. Частота рецидивов высыпаний при рецидивирующем герпетическом стоматите объясняется:

1. снижением иммунитета
2. возрастом ребенка
3. временем года
4. конституцией ребенка

102. Некрозы слизистой оболочки полости рта наблюдаются при системных заболеваниях:

1. крови и кроветворных органов
2. центральной нервной системы
3. хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта
4. почек

103. Из эпителия зубного зачатка образуются ткани зуба:

1. эмаль, Насмитова оболочка
2. дентин, пульпа
3. цемент
4. кость альвеолы

104. Из мезенхимы зубного сосочка образуются:

1. дентин, пульпа
2. цемент
3. периодонт
4. кость альвеолы

105. Из мезенхимы зубного мешочка образуются:

1. цемент, периодонт
2. дентин
3. Насмитова оболочка
4. пульпа зуба

106. Для дифференциальной диагностики острого периодонтита и обострения хронического используют:

1. рентгенологический метод
2. окрашивание зубов раствором Шиллера-Писарева
3. ЭОД
4. перкуссия зуба

107. Острый инфекционный периодонтит является исходом:

1. острого диффузного пульпита
2. травмы зуба
3. хронического фиброзного пульпита
4. передозировки мышьяковистой пасты

108. Фиброзную форму гипертрофического гингивита следует дифференцировать от:

1. Фиброматоза десен
2. пародонтита

3. хронического катарального гингивита
4. атрофического гингивита

109. Язвенно-некротический стоматит характерен для:

1. гингиво-стоматита Венсана
2. синдрома Бехчета
3. алиментарной анемии
4. железодефицитной анемии

110. Клинические формы флюороза:

1. меловидно-крапчатая
2. чашеобразная
3. бороздчатая
4. «гипсовые» зубы

111. Клиническая характеристика эмали зубов при системной гипоплазии:

1. симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
2. окрашивание коронок зубов в желтый цвет
3. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
4. хрупкая, слущивающаяся эмаль

112. Клиническая форма гипоплазии эмали:

1. бороздчатая
2. дисплазия Капдепона
3. «рифленая» эмаль
4. меловидно-крапчатая

113. По клиническому проявлению системной гипоплазии можно определить:

1. возраст, в котором ребенок перенес причинное заболевание
2. сроки прорезывания пораженной группы зубов
3. наследственность
4. заболевания, приведшие к формированию гипоплазии

114. «Гипсовые» зубы являются одним из симптомов:

1. несовершенного амелогенеза
2. флюороза
3. гипоплазии эмали
4. несовершенного дентиногенеза

115. Показанием к лечению пульпита методом витальной ампутации является:

1. перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 ч. после травмы
2. перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 ч. после травмы
3. хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном однокорневом зубе
4. любая форма пульпита во временных однокорневых зубах со сформированными корнями

116. Показанием к лечению пульпита методом девитальной ампутации является:

1. любая форма пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня и постоянных несформированных молярах
2. перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 ч. после травмы
3. перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 ч. после травмы
4. хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном однокорневом зубе

117. Этиология острого герпетического стоматита (ОГС):

1. вирусная
2. инфекционная
3. грибковая
4. аллергическая

118. Хронические заболевания различных органов и систем в анамнезе характерны при:

1. хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС)
2. травматических эрозиях
3. складчатом языке
4. афте Беднара

119. Клинические проявления при травме слизистой оболочки полости рта:

1. эрозии неправильных очертаний
2. пустулы, толстые соломенно-желтые корки
3. эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом
4. творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

120. Общее состояние и самочувствие больного при остром герпетическом стоматите (ОГС):

1. температура тела повышена, прием пищи болезненный
2. головная боль, боль в суставах, мышцах
3. температура тела повышена, прием пищи безболезненный
4. прием пищи не нарушен

121. Клинические проявления при географическом языке:

1. неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
2. нитевидные сосочки спинки языка белого цвета, резко увеличены в размере
3. глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
4. на спинке языка эрозия округлой формы, покрытая фибринозным налетом

122. Клинические проявления при складчатом языке

1. глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
2. неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
3. нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере
4. налет на спинке языка

123. Клинические проявления флюороза:

1. белые пятна и крапинки на поверхности эмали зубов разного периода минерализации
2. пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
3. слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
4. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

124. Для постановки диагноза - несовершенный дентиногенез - достаточно наличия:

1. изменений на рентгенограмме
2. вертикальных борозд от режущего края до шеек зубов
3. стираемости эмали и обнажения дентина водянистого цвета
4. меловидных пятен в пришеечной области

125. Группы зубов, чаще поражаемые системной гипоплазией эмали:

1. постоянные резцы, клыки и первые моляры
2. молочные моляры
3. молочные резцы
4. постоянные премоляры

126. Болезненность при препарировании среднего кариеса выражена:

1. по стенкам кариозной полости
2. на дне кариозной полости в одной точке
3. по стенкам кариозной полости и всему дну
4. не выражена

127. Пятна при быстром развитии кариеса:

1. меловидные, зондирование безболезненно
2. блестящие, зондирование безболезненно
3. пигментированные, зондирование болезненно
4. пигментированные, зондирование безболезненно

128. Хронический гипертрофический пульпит является следствием пульпита:

1. хронического фиброзного
2. острого очагового
3. острого диффузного
4. хронического гангренозного

129. Формы пульпита, при которых возможна болезненная перкуссия, припухлость и болезненность регионарных лимфоузлов, гиперемия и отек по переходной складке:

1. хронический в стадии обострения
2. фиброзный
3. гипертрофический
4. острый очаговый

130. При глубоком кариесе зондирование болезненно:

1. по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит быстро
2. в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит быстро
3. в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит медленно
4. по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит медленно

131. Общее состояние и самочувствие больного многоформной экссудативной эритемой

1. температура тела повышена, прием пищи болезненный, головная боль, боли в мышцах, суставах
2. температура тела нормальная, прием пищи безболезненный
3. температура тела нормальная, головная боль, боли в мышцах, суставах
4. головная боль, температура тела субфебрильная

132. При кандидозе на слизистой оболочке рта выявляют:

1. белый творожистый налет
2. фибринозный налет
3. папулы
4. «пятна» Филатова-Коплика

133. Проявления врожденного сифилиса в полости рта:

1. папулы округлой или овальной формы
2. гнойные корки на губах
3. афты, сливающиеся эрозии
4. разлитая эритема

134. Для хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) характерны:

1. единичные эрозии округлой или овальной формы, покрытые фибринозным налетом
2. множественные пузырьковые высыпания, в том числе на красной кайме губ

3. пузыри на разных участках слизистой оболочки рта
4. разлитая эритема, уртикарная сыпь

135. Симптом Никольского положителен при:

1. пузырчатке
2. сифилисе
3. многоформной эритеме
4. пиодермии

136. Для сухой формы эксфолиативного хейлита характерно:

1. чешуйки, плотно фиксированные в центре и приподнятые по краям
2. эрозии
3. массивные гнойные корки
4. трещины на губах, покрытые влажным белым налетом

137. Географический язык характеризуется клиническими признаками:

1. неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
2. нитевидные сосочки темного цвета резко увеличены в размере
3. обильный белый налет на спинке языка
4. плотный темно-коричневый налет на спинке языка

138. Первичным элементом поражения слизистой оболочки рта является:

1. пятно
2. язва
3. эрозия
4. рубец

139. При ангулярном хейлите грибковой этиологии в углах рта образуются:

1. эрозии с влажным белым налетом
2. эрозии с гнойным отделяемым
3. «медовые» корки
4. кровяные массивные корки

140. Характерные изменения при травме слизистой оболочки полости рта:

1. единичные эрозии неправильных очертаний слабо болезненные или безболезненные
2. единичные эрозии округлой или овальной формы резко болезненные
3. пузыри на разных участках слизистой оболочки полости рта
4. белый творожистый налет на слизистой оболочке полости рта

141. Клинические проявления при легком течении острого герпетического стоматита:

1. явления катарального гингивита, единичные афты, покрытые налетом фибрина
2. пустулы, толстые соломенно-желтые корки
3. эрозии неправильных очертаний
4. творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

142. Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:

1. вертикальные борозды от режущего края до шеек зубов
2. горизонтальные борозды, параллельно режущему краю на группе зубов одного периода минерализации
3. эмаль стирается, обнаженный дентин водянистого цвета
4. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

143. Доза фтора в питьевой воде, при которой развивается деструктивная форма флюороза:

1. 7-9 и выше мг/л
2. 0,5 мг/л
3. 1 мг/л
4. 2-3 мг/л

144. Причины острого травматического периодонтита:

1. ушиб зуба
2. обработка корневого канала йодином
3. передозировка мышьяковистой пасты
4. обработка корневого канала хлорфиллиптом

145. Клинические проявления инфекционного острого периодонтита:

1. боль при накусывании на зуб, отек мягких тканей лица
2. иррадиирующие приступообразные боли
3. ЭОД до 20 мкА
4. боли от температурных раздражителей

146. Клинические проявления острого токсического периодонтита:

1. боль при накусывании на зуб
2. отек мягких тканей лица
3. свищ на десне с гнойным отделяемым
4. отсутствуют

147. Жалобы больного при местной гипоплазии эмали:

1. косметический недостаток
2. боли при перкуссии
3. боли от горячего раздражителя
4. ночные боли

148. Клинические признаки хронического периодонтита в любом возрасте:

1. пульпа некротизирована в коронковой и корневой части полости зуба
2. пульпа болезненна только в устьях корневых каналов
3. боль при накусывании на зуб
4. кариозная полость на контактной поверхности молочного моляра, препарирование безболезненно

149. Характерные изменения в полости рта при остром лейкозе:

1. язвенно-некротические процессы
2. «лаковый» язык
3. эрозии эмали
4. полиморфная сыпь

150. При атопическом хейлите в углах рта образуются:

1. лихенизация, трещины, мокнутие
2. эрозии с гнойным отделяемым
3. медовые корки
4. эрозии с влажным белым налетом

151. Клинические проявления при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС):

1. эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом
2. пустулы, толстые соломенно-желтые корки
3. творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка
4. папулы

152. Клинические проявления при молочнице:

1. творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка
2. пустулы, толстые соломенно-желтые корки
3. эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом
4. эрозии неправильных очертаний

153. Клинические проявления при пиодермии:

1. пустулы, толстые соломенно-желтые корки
2. эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом
3. творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка
4. эрозии неправильных очертаний

154. Отлом коронки в пределах эмали и дентина без обнажения пульпы зуба сопровождается:

1. болью от температурных раздражителей и при зондировании линии перелома
2. болью при накусывании на зуб
3. самопроизвольной болью
4. болью от химических раздражителей

155. Перелом коронки с обнажением пульпы зуба сопровождается:

1. болью от всех раздражителей
2. подвижностью зуба III степени
3. самопроизвольной болью в ночное время с иррадиацией по ветвям тройничного нерва
4. изменением цвета коронки зуба

156. Изменения, выявленные на рентгенограмме при несовершенном дентиногенезе:

1. полость зуба и корневые каналы облитерированы
2. полость зуба и просвет каналов зуба расширены
3. корни короткие, каналы широкие
4. расширение периодонтальной щели

157. При хроническом гранулирующем периодонтите на рентгенограмме:

1. очаг разрежения костной ткани разных размеров без четких границ
2. очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером до 5 мм
3. расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба
4. очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером свыше 1 см в диаметре

158. Хронический гранулематозный периодонтит на рентгенограмме определяется в виде:

1. разрежения костной ткани округлой формы с четкими контурами до 5 мм в диаметре
2. расширения периодонтальной щели на ограниченном участке
3. расширения периодонтальной щели на всем протяжении
4. разрежение костной ткани с нечеткими контурами

159. Расширение периодонтальной щели в области верхушки корня, характерно для периодонтита:

1. хронического фиброзного
2. хронического гранулирующего
3. хронического гранулематозного
4. для всех форм

160. При рентггендиагностике острого периодонтита выявляется:

1. отсутствие изменений на рентгенограмме
2. очаг разрежения костной ткани с четким контуром
3. расширение периодонтальной щели у верхушки корня
4. исчезновение периодонтальной щели у верхушки корня

161. Формалиновая проба положительна при:

1. пародонтите
2. катаральном гингивите
3. гипертрофическом гингивите
4. атрофическом гингивите

162. Клинический анализ крови следует провести при:

1. язвенно-некротическом стоматите неясной этиологии
2. кандидозе
3. хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС)
4. остром герпетическом стоматите (ОГС)

163. Поверхностные грибковые поражения слизистой оболочки полости рта вызывают:

1. кандида
2. эпидермофиты
3. актиномицеты
4. трихофиты

164. Возбудителем молочницы является:

1. грибы Candida
2. фузобактерии
3. актиномицеты
4. спирохеты

165. Этиология пиодермии:

1. инфекционная
2. грибковая
3. инфекционно-аллергическая
4. вирусная

166. Этиология хронического рецидивирующего афтозного стоматита (храс)

1. инфекционно-аллергическая
2. инфекционная
3. вирусная
4. паразитарная

167. Этиология герпангины:

1. вирусная
2. грибковая
3. инфекционная
4. аллергическая

168. Этиология молочницы:

1. грибковая
2. инфекционная
3. вирусная
4. аллергическая

169. Этиология многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ):

1. инфекционно-аллергическая
2. инфекционная
3. вирусная
4. наследственная

170. Возбудителем герпангины является:

1. вирус Коксаки и Есно
2. вирус простого герпеса
3. вирус ветряной оспы
4. вирус иммунодефицита

171. Дифтерийные пленки содержат:

1. фибрин и клетки возбудителя заболевания
2. нити псевдомицелия
3. почкующиеся клетки гриба
4. обрывки эпителия и остатки пищи

172. При остром герпетическом стоматите в мазках содержимого пузырьков и соскобов с поверхности афт в первые 2-4 дня заболевания обнаруживается:

1. гигантские многоядерные клетки
2. большое количество мицелия гриба
3. почкующиеся клетки
4. фузобактерии

173. Возбудителем дифтерии является:

1. палочка Леффлера
2. гемолитический стрептококк
3. вирус Коксаки
4. актиномицеты

174. При кандидозе в соскобах обнаруживается:

1. почкующиеся клетки грибов Candida
2. гигантские эпителиальные клетки
3. многоядерные клетки
4. скопления кокков

175. Возбудителем острого герпетического стоматита является

1. вирус простого герпеса
2. микрофлора полости рта
3. вирусная Мiх инфекция
4. вирус Коксаки

176. Для поверхностного кариеса характерны симптомы:

1. зондирование безболезненно
2. боль при зондировании по дну кариозной полости в одной точке
3. боль при зондировании стенок кариозной полости
4. зондирование болезненно по всему дну кариозной полости

177. Болевые ощущения при зондировании по эмалево-дентинной границе характерны для:

1. среднего кариеса
2. кариеса в стадии пятна

3. глубокого кариеса
4. хронического пульпита

178. При кариесе в стадии пятна эмаль:

1. гладкая, зондирование безболезненно
2. шероховатая, зондирование болезненно
3. шероховатая, зондирование безболезненно
4. легко удаляется экскаватором

179. При поверхностном кариесе эмаль:

1. шероховатая, зондирование безболезненно
2. гладкая, зондирование безболезненно
3. шероховатая, зондирование болезненно
4. кариозная полость в пределах эмали и наружных слоев дентина

180. Болевые ощущения при зондировании дна кариозной полости в одной точке характерно для:

1. хронического фиброзного пульпита
2. среднего кариеса
3. хронического гангренозного пульпита
4. хронического периодонтита

181. Поверхностное зондирование пульпы безболезненно при пульпите:

1. хроническом гангренозном
2. хроническом фиброзном
3. хроническом гипертрофическом
4. хроническом в стадии обострения

182. Симптомы, характерные для острого диффузного пульпита:

1. боли самопроизвольные, ночные, приступообразные, длительные, с короткими светлыми промежутками, иррадиирующие
2. боли постоянные, усиливающиеся при накусывании на зуб
3. переходная складка свободная, безболезненная при пальпации
4. боли и кровоточивость при попадании пищи в кариозную полость

183. Зондирование пульпы болезненно в глубине полости зуба или в устьях каналов при хроническом пульпите:

1. гангренозном
2. фиброзном
3. гипертрофическом
4. хроническом фиброзном в стадии обострения

184. Клинические проявления острого периодонтита:

1. боль при накусывании на зуб, отек десны
2. боль от температурных раздражителей
3. свищ на десне с гнойным отделяемым
4. длительные приступообразные боли с короткими светлыми промежутками

185. Ведущим методом для определения формы хронического периодонтита является:

1. рентгенологический
2. ЭОД
3. трансиллюминационный
4. определение индекса РМА

186. Болезненное зондирование в глубине полости зуба характерно для пульпита:

1. хронического гангренозного
2. острого очагового
3. хронического фиброзного
4. хронического гипертрофического

187. Для среднего кариеса характерны симптомы:

1. боль при препарировании стенок кариозной полости
2. боль при зондировании в глубине полости зуба
3. зондирование болезненно по всему дну кариозной полости
4. зондирование болезненно в одной точке дна кариозной полости

188. Для глубокого кариеса характерны симптомы:

1. зондирование болезненно по всему дну кариозной полости
2. боль при зондировании в глубине полости зуба
3. боль при препарировании стенок кариозной полости
4. зондирование болезненно в одной точке дна кариозной полости

189. Факторы, способствующие развитию локального хронического гингивита:

1. скученность зубов
2. заболевания желудочно-кишечного тракта
3. заболевания крови
4. экссудативный диатез

190. Клинические признаки хронического катарального гингивита:

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

191. При легкой степени пародонтита карманы:

1. глубиной до 3 мм
2. глубиной до 6 мм
3. ложные десневые
4. глубиной до 1 см

192. Клинические признаки атрофического гингивита:

1. десна бледная, ретракция десны 1-3 мм
2. кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
3. десна увеличена в размере, деформирована
4. десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах

193. Клинические признаки гипертрофического гингивита:

1. десна увеличена в размере, деформирована
2. кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
3. десна бледная, ретракция десны 1-3 мм
4. десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах

194. Клинические признаки язвенно-некротического гингивита:

1. десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах
2. кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
3. десна увеличена в размере, деформирована
4. десна гиперемирована, отечна

195. Образование пузырьков на коже лица характерно при:

1. ОГС (остром герпетическом стоматите)
2. МЭЭ (многоформной экссудативной эритеме)
3. ХРАС (хроническом рецидивирующем афтозном стоматите)
4. лейкоплакии

196. Клинические проявления при черном волосатом языке:

1. нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере
2. неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
3. глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
4. налет на спинке языка

197. Факторы, воздействие которых изменяет окраску тетрациклиновых зубов:

1. дневной свет
2. прием витаминов внутрь
3. люминесцентный свет
4. прием препаратов кальция

198. Атипичная форма многоформной экссудативной эритемы называется синдромом:

1. Стивенса-Джонсона
2. Бехчета
3. Шегрена
4. Папийон-Лефевра

199. Факторы, влияющие на развитие системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

1. болезни ребенка после рождения, нарушение режима питания ребенка
2. болезни матери во II половине беременности
3. множественное поражение молочных зубов осложненным кариесом
4. болезни матери в I половине беременности

200. Причины несовершенного развития и строения эмали и дентина:

1. генетические факторы
2. болезни матери во I половине беременности
3. болезни матери во II половине беременности
4. болезни ребенка во II полугодии первого года жизни

201. Причины местной гипоплазии эмали:

1. травматическое повреждение зачатка зуба
2. болезни матери во время беременности
3. пульпит молочного зуба
4. вредные привычки матери во время беременности

202. Причинные неблагоприятные факторы развития системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

1. заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
2. хронический периодонтит молочного зуба
3. интоксикация фтором
4. передача патологии твердых тканей по наследству

203. Причина развития флюороза:

1. избыточное содержание фтора в воде
2. передача патологии по наследству
3. недостаточное содержание фтора в воде
4. отсутствие фтора в воде

204. При отломе части коронки зуба с обнажением пульпы больные жалуются на боли:

1. от раздражителей
2. самопроизвольные
3. при накусывании на зуб
4. иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва

205. При хроническом гипертрофическом пульпите жалобы больного на боли:

1. при попадании пищи, в сочетании с кровоточивостью
2. самопроизвольные
3. постоянные
4. от температурных раздражителей

206. Некариозные поражения твердых тканей зуба, возникающие после его прорезывания:

1. отлом коронки в результате травмы
2. гипоплазия эмали
3. несовершенный амелогенез
4. тетрациклиновое окрашивание

207. Ведущую роль в патогенезе ОГС (остром герпетическом стоматите) играет:

1. снижение уровня иммунитета
2. контакт с больным
3. недавно перенесенное ОРЗ
4. возраст ребенка

208. Патологическая резорбция корней наблюдается:

1. при хроническом периодонтите
2. в интактных зубах с живой пульпой
3. при хроническом фиброзном пульпите
4. при хроническом гангренозном пульпите

209. Возможные изменения при местной гипоплазии эмали:

1. пигментированное пятно на эмали
2. «рифленные» зубы
3. облитерация полости зуба
4. поражение эмали всех моляров и фронтальных зубов

210. К некариозным заболеваниям твердых тканей зубов относятся:

1. несовершенное развитие дентина
2. периодонтит
3. пародонтит
4. пародонтолиз

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

1. местная гипоплазия
2. флюороз
3. системная гипоплазия
4. синдром Стентона-Капдепона

212. При несовершенном амелогенезе имеются нарушения в строении:

1. только эмали
2. только дентина
3. нарушение пульпы

#### 4. облитерация полости зуба и корневых каналов

213. К наследственным заболеваниям твердых тканей зуба относится:

1. несовершенное строение эмали и дентина
2. тетрациклиновые зубы
3. системная гипоплазия эмали
4. местная гипоплазия эмали

214. При несовершенном одонтогенезе (дисплазии капдепона) поражены:

1. все молочные и постоянные зубы
2. молочные и постоянные моляры
3. молочные и постоянные резцы
4. только постоянные зубы

215. Клинические признаки, характерные для дисплазии капдепона:

1. стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы
2. наличие ночных болей
3. «рифленные» зубы
4. «гипсовые» зубы

216. Пародонтолиз наблюдается при:

1. синдроме Папийона-Лефевра
2. функциональной перегрузке зубов
3. эндемическом зобе
4. заболевании желудочно-кишечного тракта

217. Изменения кожи подошв и ладоней в сочетании с тяжелым поражением пародонта имеются при:

1. синдроме Папийона-Лефевра
2. болезни Иценко-Кушинга
3. гипофизарном нанизме
4. циклическая нейтропения

218. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются:

1. хроническая травма слизистой оболочки полости рта и вредные привычки
2. вторичная адентия и несостоятельные ортопедические конструкции
3. острые воспалительные процессы мягких тканей лица
4. острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

219. Этиологическим фактором фиброматоза десен является:

1. наследственная предрасположенность
2. курение
3. бруксизм
4. избыточное содержание солей кальция в питьевой воде

220. Фолликулярная киста в своей полости содержит:

1. не полностью сформированный зуб
2. полностью сформированный зуб
3. верхушку или часть корня зуба
4. корни нескольких зубов

221. Вероятной причиной малигнизации пигментного невуса является:

1. однократная или хроническая травма
2. дефицит витамина «В» в организме
3. тяжелая форма сахарного диабета
4. курение

222. Макропрепарат (иссеченную патологическую ткань) фиксируют для последующего гистологического исследования в:

1. 10% растворе формалина
2. 70% растворе этилового спирта
3. 5% растворе хлоргексидина
4. 1% растворе формалина

223. Цитологическим называют исследование:

1. клеточного состава опухоли, полученного при пункции
2. небольшой опухоли
3. распространенности опухоли
4. участка ткани опухоли

224. Какая из перечисленных форм лейкоплакии относится к облигатному предраку:

1. эрозивно-язвенная
2. Таппейнера
3. плоская
4. мягкая

225. Медицинская карта стоматологического больного (форма №043/у) оформляется в поликлинике на пациента:

1. при первичном обращении
2. при каждом обращении
3. один раз в год
4. один раз в пять лет

226. Медицинская карта стоматологического больного (форма №043/у) хранится:

1. в регистратуре
2. в кабинете лечащего врача
3. у пациента
4. у главного врача

227. Паспортная часть медицинской карты стоматологического больного (форма № 043/у) заполняется:

1. медицинским регистратором
2. врачом-стоматологом
3. врачом-статистиком
4. медсестрой

228. Медицинская карта стоматологического больного (форма № 043/у) хранится в регистратуре в течение \_\_\_ лет после последнего посещения пациента:

1. 5
2. 10
3. 15
4. 20

229. Дедицинская карта стоматологического больного (форма № 043/у) через 5 лет после последнего посещения пациента передается:

1. в архив
2. в Министерство Здравоохранения
3. в фонд ОМС
4. в государственный комитет по статистике

230. Диагноз и все последующие разделы медицинской карты стоматологического больного (форма № 043/у) заполняются:

1. лечащим врачом
2. медсестрой
3. регистратором
4. заведующим отделением

231. Медицинская карта стоматологического больного (форма № 043/у) заполняется врачом:

1. после приема пациента
2. по завершении рабочего дня
3. в процессе приема пациента
4. по желанию врача

232. Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (форма № 037/у-88) предназначен для:

1. учета работы за один день
2. планирования времени работы
3. контроля качества
4. отчета перед ФОМС

233. Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (форма № 037/у-88) заполняется:

1. лечащим врачом
2. медсестрой
3. регистратором
4. заведующим отделением

234. Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (форма № 037/у-88) служит основанием для заполнения:

1. сводной ведомости учета работы
2. медицинской карты
3. листка нетрудоспособности
4. журнала учета профилактических осмотров

235. Контроль за правильностью заполнения листка ежедневного учета работы врача-стоматолога стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (форма № 037/у-88) осуществляет:

1. непосредственный руководитель врача
2. главный врач учреждения
3. регистратор
4. врач-статистик

236. Контроль за правильностью заполнения сводной ведомости учета работы врача - стоматолога стоматологической поликлиники, отделения, кабинета, (форма № 039-2/у-88) осуществляет:

1. главный врач учреждения
2. непосредственный руководитель врача
3. регистратор

#### 4. статистик

237. Сводная ведомость учета работы врача - стоматолога стоматологической поликлиники, отделения, кабинета, (форма № 039-2/у-88) составляется:

1. медицинским статистиком
2. руководителем учреждения
3. самим врачом
4. медсестрой кабинета

238. Учет труда врачей стоматологического профиля проводится по:

1. условным единицам трудоемкости
2. количеству вылеченных зубов
3. числу принятых пациентов
4. проведенным курсам профилактических мероприятий

239. При проведении контроля за правильностью ведения листка ежедневного учета работы врача - стоматолога стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (форма № 037/у-88)

руководитель сопоставляет записи:

1. с медицинской картой стоматологического больного
2. с клиническими рекомендациями
3. со стандартом
4. с программой государственных гарантий на оказание медицинской помощи

240. Две сводные ведомости учета работы врача - стоматолога стоматологической поликлиники, отделения, кабинета, (форма № 039-2/у-88) на одного врача заводятся в случае оказания стоматологической помощи:

1. взрослым и детям
2. женщинам и мужчинам
3. медицинским работникам
4. работающим и пенсионерам

241. Журнал учета профилактических осмотров полости рта (форма № 049/у) предназначен для:

1. регистрации профилактических осмотров
2. планирования времени работы
3. контроля качества
4. отчета перед ФОМС

242. Журнал учета профилактических осмотров полости рта (форма №049/у) заполняется

1. медсестрой
2. регистратором
3. врачом-стоматологом
4. статистиком

243. Контроль за правильностью заполнения журнала учета профилактических осмотров полости рта (форма № 049/у) осуществляет:

1. заведующий отделением
2. главный врач учреждения
3. регистратор
4. статистик

244. Журнал учета профилактических осмотров полости рта (форма № 049/у) является основным документом для анализа:

1. профилактической работы среди населения

2. эффективности использования оборудования
3. информированности населения о ЗОЖ
4. распределения нагрузки среди врачей

245. Основным документом, удостоверяющим личность пациента, является:

1. паспорт
2. страховой полис
3. водительские права
4. свидетельство о рождении

246. К виду медицинской помощи относится:

1. паллиативная
2. первая
3. санаторно-курортная
4. стационарная

247. Стандарты медицинской помощи утверждаются:

1. Министерством здравоохранения РФ
2. Правительством РФ
3. Руководством медицинской организации
4. Российской Академией Наук

248. Показатель общей заболеваемости характеризует:

1. распространенность заболеваний среди населения
2. изменения распространенности заболеваний во времени
3. удельный вес конкретного заболевания
4. распространенность социально-значимых заболеваний

249. Клинические рекомендации относятся к нормативным документам \_\_\_\_ характера:

1. рекомендательного
2. обязательного
3. законодательного
4. ознакомительного

250. Для расчета общей заболеваемости необходимы данные о числе \_\_\_\_\_ и среднегодовой численности населения:

1. заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году
2. заболеваний, выявленных впервые в жизни
3. социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в данном году
4. инфекционных заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни

251. Для расчета первичной заболеваемости необходимы данные о числе \_\_\_\_\_ и среднегодовой численности населения:

1. заболеваний, выявленных впервые в жизни
2. заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году
3. социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в данном году
4. инфекционных заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни

252. Для расчета инфекционной заболеваемости необходимы данные о числе инфекционных заболеваний, зарегистрированных в данном году и:

1. среднегодовой численности населения
2. заболеваний, выявленных впервые в жизни
3. социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в данном году

4. заболеваний, зарегистрированных на данной территории

253. Для расчета заболеваемости социально-значимыми заболеваниями необходимы данные о числе социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в данном году и:

1. среднегодовой численности населения
2. заболеваний, выявленных впервые в жизни
3. заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году
4. инфекционных заболеваний, зарегистрированных на данной территории

254. Для расчета структуры заболеваний необходимы данные о числе:

1. случаев конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний
2. случаев конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
3. случаев всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы
4. случаев заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр

255. Для расчета патологической пораженности необходимы данные о числе:

1. случаев заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр
2. случаев конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
3. случаев конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний
4. случаев всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы

256. Для расчета конкретного вида заболеваемости необходимы данные о числе случаев конкретного заболевания и:

1. среднегодовой численности населения
2. числе случаев заболеваний в предыдущие годы
3. численности трудоспособного населения
4. числе лиц, прошедших медосмотр

257. Для расчета динамики заболеваемости необходимы данные о:

1. заболеваемости в данном году и в предыдущие годы
2. числе случаев конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
3. заболеваемости конкретным видом и общей заболеваемости
4. числе случаев заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр

258. Из условий, влияющих на здоровье, наиболее значимым, согласно данным ВОЗ, является:

1. образ жизни
2. здравоохранение
3. наследственность
4. внешняя среда

259. К первичным факторам риска развития заболеваний относят:

1. нерациональное питание
2. артериальную гипертензию
3. сахарный диабет
4. гиперхолестеринемию

260. К первичным факторам риска развития заболеваний относят:

1. курение
2. артериальную гипертензию
3. сахарный диабет
4. гиперхолестеринемию

261. К первичным факторам риска развития заболеваний относят:

1. злоупотребление алкоголем
2. артериальную гипертензию
3. сахарный диабет
4. гиперхолестеринемию

262. К первичным факторам риска развития заболеваний относят:

1. гиподинамию
2. артериальную гипертензию
3. сахарный диабет
4. гиперхолестеринемию

263. К первичным факторам риска развития заболеваний относят:

1. стресс
2. артериальную гипертензию
3. сахарный диабет
4. гиперхолестеринемию

264. К первичным источникам информации о численности населения относят:

1. перепись населения
2. статистические публикации
3. регистры
4. картотеки

265. Демографические показатели используются в системе здравоохранения с целью:

1. планирования медицинской помощи
2. анализа качества медицинской помощи
3. оценки здоровья населения
4. прогноза заболеваемости

266. Для демографической ситуации в РФ характерно увеличение удельного веса лиц:

1. пожилого возраста
2. мужского пола
3. детского возраста
4. состоящих в браке

267. Доступность медицинской помощи обеспечивается главным образом:

1. развитием первичной медико-санитарной помощи
2. закупкой недостающих медикаментов за рубежом
3. изменением номенклатуры специальностей медработников
4. финансированием научно-исследовательского сектора

268. К видам медицинской помощи относится медицинская помощь:

1. первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
2. амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
3. экстренная, неотложная, плановая
4. по врачебным специальностям

269. К формам медицинской помощи относится медицинская помощь:

1. экстренная, неотложная, плановая
2. первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
3. амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
4. по врачебным специальностям

270. К условиям оказания медицинской помощи относятся условия:

1. амбулаторные, стационарные, дневной стационар, вне медицинской организации
2. первичной медико-санитарная, скорой, специализированной, паллиативной
3. экстренной, неотложной, плановой
4. разной степени комфортности

271. Правила оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях медицинскими организациями, независимо от их организационно-правовой формы регламентируются:

1. порядками
2. стандартами
3. рекомендациями
4. нормативами

272. Ответственность за организацию работы по экспертизе временной нетрудоспособности, в том числе выдаче, хранению и учету листков нетрудоспособности несет:

1. главный врач
2. зам. главного врача по клинико-экспертной работе
3. старшая медсестра
4. врач-статистик

273. Экспертиза нетрудоспособности - это вид медицинской деятельности, целью которой является

1. определение сроков и степени нетрудоспособности пациента
2. оценка состояния здоровья пациента
3. установление возможности осуществления трудовой деятельности (трудовой прогноз)
4. перевод на облегченные условия труда

274. Экспертиза временной нетрудоспособности проводится на уровне:

1. лечащего врача
2. главного внештатного специалиста МЗ РФ
3. эксперта бюро медико-социальной экспертизы
4. главного врача учреждения здравоохранения

275. Экспертиза временной нетрудоспособности проводится на уровне:

1. врачебной комиссии учреждения здравоохранения
2. главного внештатного специалиста МЗ РФ
3. эксперта бюро медико-социальной экспертизы
4. главного врача учреждения здравоохранения

276. Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность, является:

1. листок нетрудоспособности
2. медицинская карта стоматологического больного
3. страховой медицинский полис
4. листок ежедневного учета врача-стоматолога

277. Выдавать листок нетрудоспособности имеют право врачи:

1. поликлиник
2. домов отдыха
3. подстанций скорой помощи
4. бюро судебно-медицинской экспертизы

278. Выдавать листок нетрудоспособности имеют право врачи:

1. больниц
2. домов отдыха
3. подстанций скорой помощи
4. бюро судебно-медицинской экспертизы

279. Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, имеют право выдавать листок нетрудоспособности при наличии лицензии:

1. на проведение экспертизы временной нетрудоспособности
2. на образовательную деятельность
3. на медицинскую деятельность
4. на оборот наркотических средств

280. Для получения листка нетрудоспособности пациент должен предоставить:

1. Паспорт
2. страховой медицинский полис
3. медицинскую карту амбулаторного больного
4. письменное разрешение главврача поликлиники

281. Студентам в случае заболевания с утратой трудоспособности выдаётся:

1. справка установленной формы
2. листок нетрудоспособности
3. справка произвольной формы
4. выписной эпикриз

282. Продление листка нетрудоспособности на срок более 15 дней осуществляет:

1. врачебная комиссия
2. главный врач
3. заведующий отделением
4. комиссия по трудовым спорам

283. На медико-социальную экспертизу пациента направляет:

1. врачебная комиссия
2. консилиум специалистов
3. лечащий врач
4. главный врач

284. В случае бытовой травмы листок нетрудоспособности выдается с \_\_\_\_\_ дня нетрудоспособности:

1. первого
2. пятого
3. десятого
4. пятнадцатого

285. В состав врачебной комиссии входят:

1. лечащий врач, заведующий отделением и заместитель главного врача по клиничко-экспертной работе
2. все врачи, прошедшие обучение по вопросам ЭВН
3. любой заместитель главного врача и представитель органов управления здравоохранением
4. главный врач, представитель ФОМС, старшая медсестра отделения

286. Усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения видов лечебного питания включены в:

1. стандарты медицинской помощи
2. порядки оказания медицинской помощи
3. протоколы ведения пациентов
4. клинические рекомендации

287. Лечащий врач может единолично и одновременно выдавать листок нетрудоспособности на срок до \_\_\_\_ дней:

1. 15
2. 20
3. 7
4. 5

288. Частнопрактикующий врач имеет право продлить листок нетрудоспособности до \_\_\_\_ дней:

1. 15
2. 5
3. 20
4. 7

289. Средний медицинский работник может выдавать единолично и одновременно листок нетрудоспособности до \_\_\_\_\_ дней:

1. 10
2. 3
3. 7
4. 15

289. Листок нетрудоспособности иногородним оформляется лечащим врачом, заверяется гербовой печатью медицинской организации, а также визируется:

1. главным врачом (или его заместителем)
2. представителем ФОМС
3. представителям органов социальной защиты населения
4. представителям профессиональной медицинской организации

290. К компетенции врачебной комиссии медицинской организации по экспертизе временной нетрудоспособности относится продление листка нетрудоспособности свыше \_\_\_\_ дней:

1. 15
2. 10
3. 5
4. 30

291. При нетрудоспособности, возникшей вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения выдается:

1. листок нетрудоспособности с отметкой
2. справка о нетрудоспособности
3. справка произвольной формы
4. выписной эпикриз

292. Иностранцам гражданам, работающим по договору на предприятиях РФ, для удостоверения временной нетрудоспособности выдается:

1. листок нетрудоспособности
2. справка произвольной формы
3. справка установленной формы

4. выписной эпикриз

293. Окончательное решение о направлении пациента на медико-социальную экспертизу принимает:

1. врачебная комиссия
2. заведующий отделением
3. врач, прошедший обучение по ЭВН
4. главный врач и его заместители

294. При выписке больного из стационара к труду листок нетрудоспособности подписывается лечащим врачом и:

1. главным врачом
2. заведующим отделением
3. представителем ФОМС
4. старшей медсестрой

295. Базовым понятием в экономике здравоохранения является:

1. эффективность
2. управление
3. спрос
4. предложение

296. Федеральный и территориальный ФОМС являются организациями:

1. некоммерческими
2. государственными казенными
3. государственными бюджетными
4. коммерческими

297. Абсолютную эффективность финансовой деятельности медицинской организации характеризует:

1. рентабельность
2. доход
3. прибыль
4. выручка

298. Программа государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи должна включать:

1. объем соответствующего вида медицинской помощи
2. протоколы ведения пациентов
3. стандарт медицинской помощи
4. порядок оказания медицинской помощи

299. Программа государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи должна включать:

1. базовую программу ОМС
2. протоколы ведения пациентов
3. стандарт медицинской помощи
4. порядок оказания медицинской помощи

300. Программа государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи должна включать:

1. соответствующий вид медицинской помощи
2. протоколы ведения пациентов
3. стандарт медицинской помощи

#### 4. порядок оказания медицинской помощи

301. Программа государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи должна включать:

1. подушевой норматив финансирования здравоохранения
2. протоколы ведения пациентов
3. стандарт медицинской помощи
4. порядок оказания медицинской помощи

302. Усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения компонентов крови включены в:

1. стандарты медицинской помощи
2. порядки оказания медицинской помощи
3. протоколы ведения пациентов
4. клинические рекомендации

303. Современной системой оплаты труда в здравоохранении является:

1. стимулирующая
2. повременная
3. комиссионная
4. сдельная

304. Усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских изделий, имплантируемых в организм человека включены в:

1. стандарты медицинской помощи
2. порядки оказания медицинской помощи
3. протоколы ведения пациентов
4. клинические рекомендации

305. Медицинское страхование является формой:

1. социальной защиты интересов населения в охране здоровья
2. охраны жизни, трудоспособности человека
3. ответственности за неисполнение рекомендаций врача
4. обязательств по представлению пособий по нетрудоспособности

306. Порядки оказания медицинской помощи утверждаются на уровне:

1. федеральном
2. региональном
3. муниципальном
4. областном

307. Минимальный размер оплаты труда в здравоохранении устанавливается на уровне:

1. федеральном
2. региональном
3. муниципальном
4. областном

308. Основным документом стационара является:

1. медицинская карта стационарного больного
2. экстренное извещение об остром инфекционном заболевании
3. годовой отчет больницы
4. информированное добровольное согласие пациента

309. Застрахованному в системе ОМС выдается:

1. страховой медицинский полис
2. справка о том, что он застрахован
3. расписка страховой компании о возмещении расходов за лечение
4. договор обязательного медицинского страхования

310. Фонд ОМС формируется за счет:

1. страховых взносов на ОМС со стороны работодателей
2. подоходного налога
3. безвозмездных кредитов банков
4. доходов от использования временно свободных финансов

311. Застрахованным в системе ОМС является:

1. гражданин РФ
2. юридическое лицо
3. страховое учреждение
4. медицинская организация

312. Страховщиком при обязательном медицинском страховании является:

1. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
2. органы исполнительной власти субъектов РФ
3. юридическое лицо
4. медицинская организация

313. Страхователем для неработающих граждан в обязательном медицинском страховании является

1. орган исполнительной власти субъектов РФ
2. организация или индивидуальный предприниматель
3. страховое учреждение
4. медицинская организация

314. Страхователем для работающих граждан в обязательном медицинском страховании является:

1. организация или индивидуальный предприниматель
2. гражданин РФ
3. страховое учреждение
4. медицинская организация

315. Медицинское страхование медицинских работников осуществляется:

1. на общих основаниях
2. за счет кредитов банков
3. предприятиями, расположенными на обслуживаемой территории
4. местной администрацией

316. Целью медицинского страхования в России является:

1. гарантирование гражданам медицинской помощи за счет накопленных средств при возникновении страхового случая
2. усиление ответственности медицинских работников в повышении качества медицинской помощи
3. сохранение и укрепление здоровья населения
4. упорядочение отчетности медицинских организаций

317. Медико-экономический стандарт - это:

1. формализованная программа действия врача по ведению пациента в сочетании со стоимостью медицинских услуг

2. последовательность лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий для определенной нозологии
3. набор лечебно-диагностических манипуляций для каждого заболевания
4. специальная программа профилактических мероприятий для конкретной нозологии

318. От фонда оплаты труда предприятия, учреждения и организации отчисляются в фонды ОМС:

1. 5,1%
2. 3,1%
3. 2,1%
4. 1,1%

319. В соответствии с законом РФ страховой медицинский полис имеет силу:

1. на всей территории РФ
2. только на территории того субъекта РФ, где выдан страховой полис
3. только на территории того субъекта РФ, где проживает застрахованный
4. на территории других государств, с которыми РФ имеет соглашения о медицинском страховании граждан

320. За счёт средств ОМС оплачивается \_\_\_\_\_ помощь:

1. скорая медицинская
2. юридическая
3. медико-психологическая
4. косметологическая

321. Для решения организационных задач в здравоохранении применяется \_\_\_\_\_ подход:

1. системный управленческий
2. статистический
3. социологический
4. кадрово-финансовый

322. Целью эпидемиологических исследований является

1. разработка мер профилактики и оценка их эффективности
2. изучение распространения заболеваний по группам населения
3. реформирование системы здравоохранения
4. анализ демографических показателей

323. Приоритетным направлением преобразований в здравоохранении является развитие:

1. первичной медико-санитарной помощи
2. скорой медицинской помощи
3. специализированной медицинской помощи
4. паллиативной медицинской помощи

324. Замена отпуска денежной компенсацией допускается:

1. при увольнении работника, не использовавшего отпуск
2. по желанию работника
3. по инициативе работодателя
4. по инициативе профсоюзной организации

325. Испытание при приеме на работу может быть установлено:

1. любому специалисту
2. молодому специалисту по окончании высшего или среднего специального учебного заведения
3. лицу, не достигшему 18 лет
4. лицу, переведенному на работу в другие учреждения

326. Стандарты медицинской помощи утверждаются на уровне:

1. федеральном
2. региональном
3. муниципальном
4. областном

327. Увольнение по инициативе администрации беременных женщин и женщин, имеющих детей в возрасте до 3 лет, а также одиноких матерей, имеющих ребенка до 14 лет, или ребенка-инвалида до 16 лет допускается при:

1. полной ликвидации предприятия
2. неоднократном нарушении должностных обязанностей
3. сокращении штатов учреждения
4. неоднократном нарушении должностных обязанностей и трудовой дисциплины

328. Заработная плата медицинского работника определяется:

1. трудовым договором (контрактом)
2. решением местной администрации
3. постановлением собрания трудового коллектива
4. распоряжением главного врача

329. Ответственность за вред, причиненный здоровью пациента при оказании медицинской помощи, несет:

1. медицинская организация
2. медицинский работник
3. органы управления здравоохранения
4. местная администрация

330. Если руководитель советуется с подчиненными, используя их компетентность по специальным вопросам - это \_\_\_\_\_ стиль руководства:

1. демократический
2. либеральный
3. авторитарный
4. иерархический

332. Особенность маркетинга в здравоохранении:

1. анализ потребности в медицинских услугах
2. изучение демографических процессов
3. определение стоимости медицинских услуг
4. удовлетворение спроса на медицинские услуги

333. Цена на медицинские услуги должна быть:

1. равна сумме, за которую потребитель готов приобрести, а производитель продать
2. равна себестоимости
3. больше стоимости
4. больше или меньше стоимости в зависимости от спроса

334. Перечень медицинских услуг в системе ОМС содержит наименование:

1. медицинских услуг, оплачиваемых из средств ОМС
2. всех медицинских услуг, выполняемых в учреждении здравоохранения
3. медицинских услуг с учетом затрат времени на их выполнение врачом и средним медицинским персоналом
4. медицинских организаций, оказывающих услуги из средств ОМС

335. Обеспеченность населения врачебными кадрами на 10000 населения оценивается по:

1. штатным должностям
2. численности населения на врачебных участках
3. соотношению врачебного и среднего медицинского персонала
4. заболеваемости

336. Обеспеченность населения врачебными кадрами на 10000 населения оценивается по:

1. занятым должностям
2. численности населения на врачебных участках
3. соотношению врачебного и среднего медицинского персонала
4. заболеваемости

337. Обеспеченность населения врачебными кадрами на 10000 населения оценивается по:

1. физическим лицам
2. численности населения на врачебных участках
3. соотношению врачебного и среднего медицинского персонала
4. заболеваемости

338. Договор страховой медицинской организации (СМО) с медицинской организацией (МО) считается заключенным:

1. с момента подписания договора
2. с момента перечисления СМО аванса МО
3. с момента получения от МО списка застрахованных
4. с момента получения СМО и МО лицензии

339. Целью медицинского страхования является гарантия гражданам:

1. получение медицинской помощи за счет накопленных средств
2. жизни
3. сохранения и поддержания здоровья
4. профилактики заболеваний

340. Обязательному медицинскому страхованию подлежит:

1. все население
2. детское население
3. население со стойкой утратой трудоспособности (инвалиды)
4. работающее население

341. Бесплатная медицинская помощь обеспечивается по программе:

1. обязательного медицинского образования
2. платных услуг
3. добровольного медицинского страхования
4. развития здравоохранения

342. финансовые средства фондов обязательного медицинского страхования находятся в собственности:

1. государства
2. страховых медицинских организаций
3. предприятий, организаций
4. фонда социального страхования населения РФ

343. Наличие материальных ценностей в медицинской организации отражает:

1. инвентаризационная (сличительная) ведомость
2. акт на списание материальных ценностей
3. требование на получение материальных ценностей со склада
4. приемно-передаточная накладная

344. К показателям статистики учреждений здравоохранения относится показатель:

1. нагрузки врача-терапевта на приеме в поликлинике
2. младенческой смертности
3. общей заболеваемости
4. инвалидности

345. Финансовое обеспечение лечения неосложненных форм кариеса зубов с применением инструментов и материалов отечественного и импортного производства на приеме стоматолога осуществляется за счет средств:

1. ОМС
2. ДМС
3. бюджетов субъектов РФ
4. Федерального бюджета

346. Финансовое обеспечение лечения осложненных форм кариеса зубов (пульпит и периодонтит) с применением инструментов и материалов отечественного и импортного производства на приеме стоматолога осуществляется за счет средств:

1. ОМС
2. ДМС
3. бюджетов субъектов РФ
4. Федерального бюджета

347. Финансовое обеспечение профилактического и по медико-социальным показаниям, диспансерного приемов стоматолога осуществляется за счет средств:

1. ОМС
2. ДМС
3. бюджетов субъектов РФ
4. Федерального бюджета

348. К показателям объема работы поликлиники относится число:

1. посещений за год
2. посещений на одного врача
3. врачей на 10000 жителей
4. врачебных посещений на 1 жителя

349. Законодательный документ, определяющий организацию медицинской помощи гражданам РФ:

1. ФЗ-РФ №323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ»
2. Конституция РФ
3. ФЗ-РФ №236 «Об обязательном медицинском страховании»
4. Программа Государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

350. Усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских изделий, имплантируемых в организм человека включены в:

1. стандарты медицинской помощи
2. порядки оказания медицинской помощи
3. протоколы ведения пациентов
4. клинические рекомендации

351. Росздравнадзор проводит контроль:

1. государственный
2. внутренний
3. ведомственный
4. общественный

352. Усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения зарегистрированных на территории РФ лекарственных препаратов включены в:

1. стандарты медицинской помощи
2. порядки оказания медицинской помощи
3. протоколы ведения пациентов
4. клинические рекомендации

353. Что можно считать прогулом?

1. отсутствие на работе более 4 часов
2. отсутствие на работе более 2 часов
3. опоздание на работу
4. преждевременный уход с работы

354. Усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг включены в:

1. стандарты медицинской помощи
2. порядки оказания медицинской помощи
3. протоколы ведения пациентов
4. клинические рекомендации

355. Рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений включены в:

1. порядки оказания медицинской помощи
2. стандарты медицинской помощи
3. протоколы ведения пациентов
4. клинические рекомендации

356. Делегирование полномочий – это:

1. наделение правами и обязанностями какого-либо лица в сфере его компетенции
2. наделение какого-либо лица определенной свободой действий
3. предоставление полной свободы действий какому-либо лицу
4. полное снятие ответственности с лица выполняющего действия

357. Дайте характеристику стиля руководства, если руководитель принимает решения единолично, инициатива подчиненных не одобряется:

1. авторитарный
2. либеральный
3. демократический
4. иерархический

358. Финансовое обеспечение лечения некариозных поражений зубов с применением инструментов и материалов отечественного и импортного производства на приеме стоматолога осуществляется за счет средств:

1. ОМС
2. ДМС
3. бюджетов субъектов РФ
4. Федерального бюджета

359. Финансовое обеспечение обезболивание при лечении зубов с применением анестетиков отечественного и импортного производства (новокаин, лидокаин и др.) на приеме стоматолога осуществляется за счет средств:

1. ОМС
2. ДМС
3. бюджетов субъектов РФ
4. Федерального бюджета

360. Финансовое обеспечение снятия зубных отложений ручным способом на приеме стоматолога осуществляется за счет средств:

1. ОМС
2. ДМС
3. бюджетов субъектов РФ
4. Федерального бюджета

361. Финансовое обеспечение неотложной стоматологической помощи осуществляется за счет средств:

1. ОМС
2. ДМС
3. бюджетов субъектов РФ
4. Федерального бюджета

362. Стандарты медицинской помощи относятся к нормативным документам \_\_\_\_\_ характера:

1. обязательного
2. рекомендательного
3. законодательного
4. ознакомительного

363. Стандарты оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений включены в:

1. порядки оказания медицинской помощи
2. стандарты медицинской помощи
3. протоколы ведения пациентов
4. клинические рекомендации

364. Правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача) включены в:

1. порядки оказания медицинской помощи
2. стандарты медицинской помощи
3. протоколы ведения пациентов
4. клинические рекомендации

365. Финансовое обеспечение оказания гражданам паллиативной медицинской помощи осуществляется за счет:

1. бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ
2. средств ОМС
3. средств ДМС
4. исключительно из личных средств граждан

366. Этапы оказания медицинской помощи включены в:

1. порядки оказания медицинской помощи
2. стандарты медицинской помощи
3. протоколы ведения пациентов

#### 4. клинические рекомендации

367. Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями является одной из форм:

1. общественного контроля
2. государственного контроля
3. внутреннего контроля
4. ведомственного контроля

368. Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях:

1. выявления нарушений при оказании медицинской помощи
2. уточнения степени достижения запланированного результата
3. оценки характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи
4. определения выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации

369. Комплекс мероприятий, направленный на поддержание и (или) восстановление здоровья – это:

1. медицинская помощь
2. медицинская услуга
3. медицинское вмешательство
4. медицинская манипуляция

370. Медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение – это:

1. медицинская услуга
2. медицинская помощь
3. медицинская деятельность
4. медицинская манипуляция

371. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

1. является обязательным условием медицинского вмешательства
2. оформляется исключительно при отказе пациента от медицинской помощи
3. дается в исключительных случаях родителями несовершеннолетних детей
4. дается пациентом исключительно при оказании ему высокотехнологичной медицинской помощи

372. К видам медицинской помощи относится:

1. скорая помощь
2. экстренная помощь
3. неотложная помощь
4. плановая помощь

373. К формам медицинской помощи относится:

1. плановая помощь
2. первичная медико-санитарная помощь
3. стационарная помощь
4. скорая помощь

374. Высокотехнологичная помощь является частью:

1. специализированной помощи
2. скорой помощи
3. паллиативной помощи
4. первичной медико-санитарной помощи

375. Скорая специализированная помощь является частью:

1. скорой помощи
2. специализированной помощи
3. паллиативной помощи
4. первичной медико-санитарной помощи

376. Уровень, на котором устанавливается положение об организации оказания медицинской помощи по видам, условиям и формам:

1. федеральный
2. международный
3. муниципальный
4. частный

377. В стандарте медицинской помощи усредненный показатель частоты предоставления медицинской услуги равный 1 означает, что данное мероприятие проводится \_\_\_\_\_% пациентов, соответствующих модели:

1. 100
2. 50
3. 10
4. 1

378. Стандарты медицинской помощи разрабатываются по:

1. нозологиям
2. моделям пациентов
3. возрасту
4. полу

379. Лицензирование медицинской деятельности относится к форме:

1. государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности
2. ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности
3. внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
4. ко всем перечисленным

380. Финансовое обеспечение оказания гражданам паллиативной медицинской помощи осуществляется за счет:

1. бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ
2. средств ОМС
3. средств ДМС
4. исключительно из личных средств граждан

381. Медицинская помощь – это:

1. комплекс мероприятий, направленный на поддержание и (или) восстановление здоровья
2. комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний
3. набор медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций
4. сочетанные мероприятия по устранению или облегчению проявлений заболевания

382. Цена медицинской услуги складывается из:

1. себестоимости и прибыли
2. расходов и рентабельности
3. доходов и расходов
4. затрат на оказание услуги

383. Стандарты медицинской помощи относятся к нормативным документам \_\_\_\_\_ характера:

1. обязательного
2. рекомендательного
3. финансового
4. ознакомительного

384. Норма нагрузки медицинского работника – это:

1. регламентированный объем работы, который работник должен выполнить в единицу рабочего времени
2. затраты рабочего времени на конкретную работу
3. установленная численность работников для выполнения конкретной работы
4. рекомендуемый норматив численности персонала

385. Измерителем объёма потребности населения в амбулаторной помощи является:

1. среднее число посещений поликлиники на одного жителя в год
2. нормы нагрузки врачей, работающих в поликлинике
3. функция врачебной должности
4. количество посещений поликлиники в день

386. Из собственных средств пациент оплачивает:

1. дополнительные и сервисные услуги
2. скорую и неотложную медицинскую помощь
3. медицинскую помощь по программе ОМС
4. стационарное лечение при травмах, отравлениях, венерических заболеваниях

387. Главным ресурсом управления является:

1. информация
2. кадры
3. материально-техническая база
4. финансы

388. Эффективность медицинской помощи – это:

1. степень достижения конкретных результатов при оказании медицинской помощи при соответствующих ресурсных затратах
2. улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий
3. степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи
4. строгое соблюдение стандартов медицинской помощи

389. Заболевание, которым больной страдает в течение ряда лет и ежегодно обращается к врачу поликлиники войдет в статистику:

1. общей заболеваемости
2. первичной заболеваемости
3. патологической пораженности
4. профессиональной заболеваемости

390. В диспансер соответствующего профиля извещение о важнейшем неэпидемическом заболевании направляется в течение:

1. 1 месяца
2. 3 недель
3. 1 недели
4. 2 дней

391. Для изучения инфекционной заболеваемости основным документом является:

1. экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, профессиональном заболевании
2. журнал регистрации инфекционных заболеваний медицинской организации
3. отчет ежемесячный и годовой о числе инфекционных заболеваний
4. отчет о заболеваниях активным туберкулезом

392. В состав эмали входят:

1. гидроксиапатиты
2. йодапатиты
3. фосфориды
4. хлорофиллины

393. Микроорганизмы, вырабатывающие летучие сернистые соединения при оральном галитозе:

1. Bacteroides
2. Vibrio cholerae
3. Togaviridae
4. Streptococcus aureus

394. Для органолептического определения запаха выдыхаемого воздуха используют:

1. тест с зубной нитью
2. электромиографию
3. индекс язычного налета
4. аксиографию

395. Воспаление тканей десны, протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления, называется:

1. гингивитом
2. пародонтитом
3. пародонтозом
4. пародонтомой

396. При кандидозной этиологии эзофагита в полости рта отмечают

1. творожистые массы или беловато-серые легко снимаемые пленки на поверхности языка
2. налет на языке серого цвета
3. множественный кариес
4. папулы ярко-красного цвета

397. При гастроэзофагальной рефлюксной болезни в полости рта выявляется:

1. пародонтит
2. абсцесс
3. эпулис
4. пародонтоз

398. При герпетическом поражении в полости рта наблюдается:

1. острый язвенный гингивостоматит
2. пародонтоз
3. желто-коричневое окрашивание налета на языке
4. патология мягких тканей полости рта

399. При аллергическом остром гастрите в полости рта наблюдается:

1. высыпание бледно-красного цвета с четкой каймой розового цвета
2. эпулис

3. язва
4. периодонтит

400. При хроническом гастрите в полости рта наблюдается:

1. «лакированный» язык
2. пародонтоз
3. язва
4. кариес

401. У пациента с хронической формой гастрита наблюдается:

1. фиксированная форма десквамативного глоссита
2. дистальный прикус
3. открытый прикус
4. бруксизм

402. При хроническом гепатите типа «в» в полости рта наблюдаются:

1. цианотичный язык, отечность, гипертрофированные нитевидные сосочки
2. выраженная гиперестезия языка, чувство жжения
3. ксеростомия, язвы
4. флюороз, актиномикоз

403. При хроническом гепатите типа С в полости рта наблюдается:

1. парестезия в области корня и кончика языка
2. гиперестезия языка
3. ксеростомия
4. херувизм

404. При острых гепатитах в полости рта наблюдается:

1. сухость слизистой оболочки рта
2. флюороз
3. абсцесс подъязычной области
4. актиномикоз

405. при атеросклерозе в полости рта наблюдается

1. участок дистрофии соединительной ткани
2. гнойно-воспалительный очаг
3. «лакированный» язык
4. флюороз

406. При гипертонической болезни в полости рта наблюдается:

1. пузырьно-сосудистый синдром
2. участок дистрофии соединительной ткани
3. «лакированный» язык
4. тортоаномалии

407. Причиной, вызывающей изменение цвета зуба, является:

1. внешнее окрашивание
2. почечная недостаточность
3. инсульт
4. муковисцидоз

408. К девитальному окрашиванию зубов приводит:

1. депульпирование зубов

2. аномалия желчных путей
3. несовершенный амелогенез
4. несовершенный дентиногенез

409. Стандартная шкала определения цвета:

1. Vita
2. Filtek
3. Gradia
4. Charisma

410. Индексом оценки интенсивности кариеса является:

1. КПУ
2. СРITN
3. ИГР-У
4. РМА

411. Индексом оценки гигиенического состояния полости рта является:

1. ИГР-У
2. СРITN
3. КПУ
4. РМА

412. Деминерализация начинается в слое эмали:

1. подповерхностном
2. поверхностном
3. глубококом
4. околопульпарном

413. Местным фактором развития кариеса является:

1. неудовлетворительная гигиена полости рта
2. высокое содержание фторида в питьевой воде
3. низкое содержание фторида в питьевой воде
4. ротовое дыхание

414. Уровень продукции летучих сернистых соединений в полости рта зависит от:

1. наличия белкового субстрата
2. качества протезирования
3. строения пародонта
4. тонуса жевательных мышц

415. Продукты анаэробного микробиологического расщепления серосодержащих аминокислот:

1. летучие сернистые соединения
2. мальтоза
3. пепсин
4. сахароза

416. Используемые в стоматологии материалы могут быть причиной развития:

1. контактного аллергического стоматита
2. кандидоза
3. галитоза
4. пародонтита

417. К средствам отбеливания зубов относят использование:

1. отбеливающих зубных паст
2. коллоидного серебра
3. нитрата серебра
4. профилактических зубных паст

418. Для отбеливания зубов применяется вещество:

1. перекись карбамида
2. трифосфат натрия
3. гидратированный кремний
4. сульфат натрия

419. При воздействии отбеливающего агента разрушается:

1. органическое вещество в межпризменных промежутках
2. поверхностный слой эмали
3. подповерхностный слой эмали
4. поверхностный слой дентина

420. Показание к отбеливанию:

1. дисколорит зуба/зубов
2. возраст пациента до 18-ти лет
3. крупная пульпарная камера
4. кариес эмали

421. Общим противопоказанием к отбеливанию зубов является возраст пациента:

1. 16 лет
2. 18 лет
3. 45 лет и выше
4. 65 лет и выше

422. При домашнем отбеливании применяются концентрации перекиси водорода/карбамида:

1. 3-6%/10-22%
2. 1-3%/5-10%
3. 15-25%/20-30%
4. 15-38%/30-45%

423. Профилактическим мероприятием при гастроэзофагальной рефлюксной болезни является:

1. симптоматическое лечение проявлений патологий мягких тканей полости рта
2. пластика перддверия полости рта
3. рациональное протезирование
4. пластика уздечки верхней губы

424. Отбеливающая система Zoom имеет pH:

1. слабощелочную
2. слабокислую
3. щелочную
4. кислую

425. Цель герметизации фиссур:

1. изоляция фиссуры от действия кариесогенных факторов
2. профилактика стираемости эмали
3. лечение начального кариеса
4. профилактика суперконтактов

426. При профессиональном отбеливании применяются концентрации перекиси водорода/карбамида:

1. 15-38%/30-45%
2. 1-3%/5-10%
3. 3-6%/10-22%
4. 6-8%/20-30%

427. Определение исходного цвета зубов проводят:

1. непосредственно перед процедурой
2. за 3 недели до процедуры
3. за 2 недели до процедуры
4. за неделю до процедуры

428. Для профилактики осложнений во время отбеливания зубов необходимо:

1. провести санацию полости рта
2. снять все ортопедические конструкции
3. прополоскать рот раствором Шиллера-Писарева
4. снять поверхностный слой эмали

429. Для профилактики ожогов слизистой оболочки полости рта используют:

1. жидкий коффердам
2. дентальную адгезивную пасту Солкосерил
3. дентальную мазь Метрогил – Дента
4. оптидам

430. К фотоактивируемым системам отбеливания зубов относят:

1. Zoom
2. Opalescence
3. White Smile
4. Illumine home

431. Зубная паста, способствующая уменьшению воспалительных заболеваний пародонта:

1. солевая
2. кальцийсодержащая
3. гигиеническая
4. отбеливающая

432. Антимикробное средство, входящее в состав зубных паст, применяемых при галитозе:

1. триклозан
2. хлоргексидин
3. двуокись кремния
4. нитрат кальция

433. Устранение факторов риска – это:

1. первичная профилактика стоматологических заболеваний
2. вторичная профилактика стоматологических заболеваний
3. третичная профилактика стоматологических заболеваний
4. эпидемиологическое обследование населения

434. Основным направлением вторичной профилактики стоматологических заболеваний является комплекс мер, направленных на:

1. предупреждение осложнений возникшего заболевания

2. предупреждение их возникновения
3. восстановление анатомической и функциональной целостности зубочелюстной системы
4. функциональную реабилитацию заболеваний челюстно-лицевой области

435. Профилактикой флюороза в эндемическом очаге является:

1. замена водоисточника
2. предупреждение заболеваний матери в период беременности
3. гигиена полости рта
4. герметизация фиссур

436. Методы фторидпрофилактики кариеса делятся на группы:

1. системные и местные
2. системные и поверхностные
3. местные и поверхностные
4. индивидуальные и системные

437. Основным методом профилактики воспалительных заболеваний тканей пародонта следует считать:

1. гигиену полости рта
2. санацию полости рта
3. ортодонтическое лечение
4. устранение хронических очагов инфекции

438. Профессиональная гигиена полости рта включает в себя:

1. удаление над- и поддесневых зубных отложений
2. лечение кариеса
3. открытый кюретаж
4. герметизацию фиссур

439. При проведении профессиональной гигиены зубной налет с жевательных поверхностей зубов наиболее целесообразно удалять с помощью:

1. щеточек
2. кюрет
3. Air-flow
4. УЗ-скейлера

440. Удаление твердых зубных отложений относится к методам профессиональной гигиены и осуществляется персоналом:

1. врачом-стоматологом-терапевтом
2. средним медицинским
3. младшим медицинским
4. врачом-стоматологом-хирургом

441. Удаление твердых зубных отложений относится к методам:

1. профессиональной гигиены
2. индивидуальной гигиены
3. чистки зубов
4. лечения пародонтитов

442. При флюорозе используются препараты на основе:

1. кальция
2. компонентов растительного происхождения
3. фторидов

#### 4. витаминов

443. К методам профилактики галитоза относят:

1. устранение патологических очагов в полости рта
2. миогимнастику
3. постуральный анализ
4. ношение съемных ортодонтических аппаратов

444. К методу лечения псевдогалитоза относят:

1. оказание психологической помощи
2. обучение индивидуальной гигиене
3. устранение патологических очагов в полости рта
4. гемисекция

445. К методу профилактики истинного патологического орального галитоза относят:

1. устранение патологических очагов в полости рта
2. лечение аномалий окклюзии
3. лечение общих соматических заболеваний
4. консультация остеопата

446. Основная цель применения флоссов - удаление зубного налета с поверхностей:

1. апроксимальных
2. вестибулярных
3. оральных
4. жевательных

447. Зубные щетки применяют с целью удаления:

1. мягких зубных отложений
2. твердых зубных отложений
3. пигментированного налета
4. поддесневого зубного камня

448. Для очищения поверхности языка используют:

1. скребки
2. флоссы
3. ополаскиватели
4. зубные щетки

449. Тест, позволяющий провести в домашних условиях определение содержания в налете летучих сернистых соединений:

1. Halitoxtest
2. бронхотест
3. галиметр
4. окрашивание кариес-маркером

450. Симптоматическая помощь при галитозе:

1. маскировка неприятного запаха при помощи дезодорантов
2. открытый кюретаж
3. устранение патологических очагов в полости рта
4. вестибулопластика

451. КПУ(з) - это индекс:

1. интенсивности кариеса постоянных зубов
2. интенсивности кариеса временных зубов
3. интенсивности кариеса поверхностей
4. гигиены полости рта

452. Интенсивность кариеса поверхностей постоянных зубов оценивается индексом:

1. КПУ(п)
2. КПУ(п)
3. КП(п)
4. КПУ(п), КПУ(п)

453. При определении индекса эффективности гигиены полости рта РНР оценивают зубной налет по:

1. локализации
2. кариесогенности
3. интенсивности
4. толщине

454. Для выявления зубного налета используется метод:

1. окрашивания
2. перкуссии
3. пальпации
4. микробиологический

455. Зубное отложение, располагающееся под маргинальной десной, невидимое при визуальном осмотре, плотное и твердое, темно-коричневого или зелено-черного цвета, плотно прикрепленное к поверхности зуба – это:

1. поддесневой зубной камень
2. кутикула
3. пелликула
4. зубной налет

456. Наиболее часто наддесневой зубной камень локализуется в области:

1. язычной поверхности нижних резцов
2. вестибулярной поверхности верхних резцов
3. вестибулярной поверхности нижних резцов
4. небной поверхности верхних резцов

457. При определении гигиенического состояния полости рта для окрашивания зубного налета используют раствор:

1. Шиллера-Писарева
2. 2% метиленовой сини
3. 1% бриллиантового зеленого
4. 5% йода спиртовой

458. Раствор Шиллера-Писарева можно использовать для выявления:

1. зубного налета
2. кутикулы
3. начального кариеса
4. пищевых остатков

459. При профилактическом осмотре определить наличие поддесневого зубного камня можно с помощью:

1. зондирования
2. визуального осмотра
3. окрашивания йодсодержащим раствором
4. микробиологического исследования

460. Индекс Грин-Вермиллиона используется для определения:

1. гигиены полости рта
2. интенсивности кариеса
3. кровоточивости десен
4. зубочелюстных аномалий

461. При определении гигиенического индекса РНР обследуют зубы:

1. 16, 11, 26, 36, 31, 46
2. 43, 42, 41, 31, 32, 33
3. 16, 12, 24, 36, 32, 44
4. 16, 26, 36, 46

462. При определении гигиенического индекса Грин-Вермиллиона обследуют зубы:

1. 16, 11, 26, 36, 31, 46
2. 43, 42, 41, 31, 32, 33
3. 16, 12, 24, 36, 32, 44
4. 16, 26, 36, 46

463. С помощью гигиенического индекса ИГР-У определяется:

1. наличие зубного налета и зубного камня
2. степень воспаления десны
3. кровоточивость десневой борозды
4. степень тяжести зубочелюстных аномалий

464. Окрашивание зубов растворами проводят при определении индекса:

1. РНР
2. КПУ(з)
3. КПУ(п)
4. СРITN

465. Информацию о наличии зубного камня дает индекс:

1. СРITN
2. Федорова-Володкиной
3. РМА
4. КПУ

466. Гигиеническое состояние полости рта у взрослых пациентов определяют с помощью индекса:

1. Грин-Вермиллиона
2. КПУ
3. РМА
4. Федорова-Володкиной

467. Индекс РНР используется для определения:

1. гигиены полости рта
2. интенсивности кариеса
3. кровоточивости десен

#### 4. зубочелюстных аномалий

468. Серовато-белое, мягкое и липкое отложение, неплотно прилегающее к поверхности зубов, представляет собой:

1. мягкий зубной налет
2. пелликулу
3. поддесневой зубной камень
4. наддесневой зубной камень

469. При определении гигиенического индекса РНР производится окрашивание поверхностей 16, 26 зубов:

1. вестибулярных
2. оральных
3. окклюзионных
4. апроксимальных

470. При определении гигиенического индекса РНР поверхность обследуемого зуба делится на количество участков:

1. 5
2. 2
3. 3
4. 4

471. Источником минералов для образования наддесневого зубного камня преимущественно является:

1. слюна
2. десневая жидкость
3. сыворотка крови
4. лимфа

472. Пелликула зуба образована

1. гликопротеидами слюны
2. коллагеном
3. кератином
4. органическими кислотами

473. К минерализованным зубным отложениям относится:

1. зубной камень
2. пищевые остатки
3. пелликула
4. мягкий зубной налет

474. Зубное отложение, располагающееся над десневым краем, обычно белого или беловато-желтого цвета, твердой или глинообразной консистенции – это:

1. наддесневой зубной камень
2. пелликула
3. мягкий зубной налет
4. налет курильщика

475. Зубной налёт быстрее накапливается на вестибулярных поверхностях зубов:

1. верхних моляров
2. верхних клыков
3. нижних клыков

4. нижних резцов

476. Для определения глубины пародонтальных карманов используют инструмент:

1. пародонтальный зонд
2. штыковидный зонд
3. серповидный скейлер
4. кюрета

477. С помощью индекса РМА определяют:

1. степень воспаления десны
2. кровоточивость десны
3. наличие зубного камня
4. наличие зубного налета

478. Для диагностики состояния тканей пародонта используют индекс:

1. РМА
2. Грин-Вермиллиона
3. РНР
4. Федорова-Володкиной

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

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

480. Индекс СРІТN у взрослых регистрирует следующие признаки:

1. кровоточивость десен, зубной камень, пародонтальный карман различной глубины
2. зубной налет, кровоточивость десен
3. кровоточивость десен, зубной камень
4. зубной камень, пародонтальный карман

481. Для диагностики состояния тканей пародонта используют индекс:

1. СРІТN
2. Грин-Вермиллиона
3. РНР
4. КПУ

482. Для определения степени тяжести гингивита используется индекс:

1. РМА
2. СРІТN
3. ОНІ-S
4. РНР

483. При регистрации индекса СРІТN код 3 соответствует:

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

484. При определении индекса CPITN признак зубного камня соответствует коду:

1. 2
2. 1
3. 3
4. 4

485. Воспаление десневого сосочка по индексу PMA соответствует коду:

1. 1
2. 0
3. 2
4. 3

486. Интенсивность поражения тканей пародонта у пациента, определяемая по индексу CPITN, оценивается как:

1. сумма секстантов с признаками поражения пародонта
2. сумма здоровых секстантов
3. отношение количества пораженных секстантов к количеству здоровых секстантов
4. отношение количества здоровых секстантов к количеству пораженных секстантов

487. Зубные пасты с низким показателем абразивности предназначены для использования:

1. пациентами с повышенной чувствительностью твердых тканей зубов
2. пациентами с воспалительными заболеваниями пародонта
3. лицами, злоупотребляющими курением
4. пациентами с брекет-системами

488. Зубные пасты с высоким показателем абразивности следует применять:

1. 1-2 раза в неделю
2. каждый день утром и вечером
3. каждый день утром
4. 2-3 раза в месяц

489. Для уменьшения кровоточивости десен пациентам следует рекомендовать использовать зубную пасту, содержащую:

1. экстракты лекарственных растений
2. фторид натрия
3. карбонат кальция
4. хлорид стронция

490. Индивидуальная гигиена полости рта осуществляется:

1. пациентом
2. гигиенистом стоматологическим
3. ассистентом врача-стоматолога
4. врачом-стоматологом

491. Профессиональную гигиену полости рта необходимо проводить не менее 1 раза в:

1. 6 месяцев
2. месяц
3. год
4. 2 года

492. Самостоятельная чистка зубов пациентом под контролем специалиста – это:

1. контролируемая чистка зубов
2. индивидуальная гигиена полости рта

3. профессиональная гигиена полости рта
4. профессиональная чистка зубов

493. Комплекс мероприятий, включающий контролирующую чистку зубов, профессиональное удаление зубных отложений и устранение факторов, способствующих накоплению их – это:

1. профессиональная гигиена полости рта
2. индивидуальная гигиена полости рта
3. профессиональная чистка зубов
4. стоматологического просвещения

494. В ультразвуковых аппаратах для удаления минерализованных зубных отложений частота колебаний составляет (КГц):

1. 16-45
2. 2-6
3. 7-10
4. 10-15

495. Реминерализующую терапию рекомендуется проводить при:

1. кариесе в стадии мелового пятна
2. среднем кариесе
3. глубоком кариесе
4. осложненном кариесе

496. Методом профилактики катарального гингивита является:

1. рациональная гигиена полости рта
2. сбалансированное питание
3. санация полости рта
4. избирательное шлифование зубов

497. Профилактике воспалительных заболеваний пародонта способствует:

1. проведение профессиональной гигиены
2. прием фторидсодержащих препаратов
3. реминерализующая терапия
4. уменьшение употребления углеводов

498. Предупреждению воспалительных заболеваний пародонта способствует:

1. рациональная гигиена полости рта
2. покрытие зубов фторидсодержащим лаком
3. реминерализующая терапия
4. герметизация фиссур

499. Для витального окрашивания очагов деминерализации применяется раствор:

1. метиленового синего
2. бриллиантового зеленого
3. хлоргексидина
4. фторида натрия

500. Для диагностики кариеса в стадии мелового пятна используется раствор:

1. метиленового синего
2. Шиллера-Писарева
3. эритрозина
4. фуксина

501. Препарат для реминерализации эмали:

1. глюконат кальция
2. кальцин
3. фосфат цемент
4. эндометазон

502. Для профилактики ожога тканей десны во время проведения профессионального отбеливания зубов необходимо:

1. изолировать десну
2. обработать десну 3% раствором перекиси водорода
3. прополоскать рот хлоргексидином
4. применить слюноотсос

503. Применение реминерализующих средств при отбеливании зубов способствует профилактике возникновения:

1. повышенной чувствительности твердых тканей зубов
2. заболеваний пародонта
3. клиновидных дефектов
4. повышенной стираемости твердых тканей зубов

504. Для инактивации нервных окончаний в дентинных канальцах в зубные пасты вводят соединения:

1. калия
2. кальция
3. фтора
4. хлора

505. Ополаскиватели для полости рта рекомендуется применять:

1. после чистки зубов
2. утром
3. вместо чистки зубов
4. перед сном

506. Профессиональная гигиена полости рта включает в себя:

1. профессиональное удаление зубных отложений
2. полоскание полости рта фторидсодержащими растворами
3. герметизацию фиссур
4. пломбирование кариозных полостей

507. Удаление зубных отложений в стоматологической практике осуществляется для профилактики:

1. воспалительных заболеваний пародонта
2. местной гипоплазии
3. флюороза
4. зубочелюстных аномалий

508. При проведении профессиональной гигиены полости рта жевательную поверхность зубов целесообразно очищать от налета с помощью:

1. вращающихся щеточек и полировочных паст
2. резиновых колпачков и полировочных паст
3. флоссов ультразвуковых
4. скейлеров

509. При увеличении количества мягкого зубного налета в полости рта pH ротовой жидкости смещается в сторону:

1. кислую
2. щелочную
3. нейтральную
4. не изменяется

510. Значение pH зубного налёта, оцениваемое как критическое для возникновения деминерализации эмали, составляет

1. 5,5-5,7
2. 3,5-4,0
3. 6,5-7,0
4. 7,0-7,5

511. При приеме мягкой пищи, содержащей большое количество легкоферментируемых углеводов, наблюдается

1. гипосаливация
2. гиперсаливация
3. снижение вязкости слюны
4. увеличение концентрации минеральных элементов

512. Наиболее часто очаги деминерализации эмали локализуются на коронке зуба в области:

1. пришеечной
2. режущего края
3. бугров жевательной поверхности
4. язычной поверхности

513. При кариесе в стадии мелового пятна из поврежденного подповерхностного слоя эмали происходит преимущественно потеря ионов:

1. кальция
2. фтора
3. хлора
4. натрия

514. Деминерализация эмали начинается в ее слое:

1. подповерхностном
2. поверхностном
3. среднем
4. глубоком

515. обратимость процесса деминерализации эмали обусловлена

1. сохранением органической основы эмали
2. повышением проницаемости эмали
3. потерей из поврежденного участка ионов кальция
4. образованием пелликулы на поверхности эмали

516. степень проницаемости эмали при очаговой деминерализации можно оценить с помощью

1. витального окрашивания эмали
2. зондирования
3. электроодонтодиагностики
4. рентгенологического исследования

517. Для дифференциальной диагностики кариеса в стадии мелового пятна и пятен при некариозных поражениях твердых тканей зубов проводят:

1. витальное окрашивание эмали раствором метиленового синего
2. определение гигиенических индексов
3. электроодонтодиагностику
4. микробиологическое исследование

518. Процессы ионного обмена, минерализации, реминерализации обеспечивает свойство эмали:

1. проницаемость
2. микротвердость
3. плотность
4. растворимость

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

1. флюороз
2. кислотный некроз
3. клиновидный дефект
4. эрозия эмали

520. К некариозным поражениям, возникающим после прорезывания зубов, относятся:

1. клиновидный дефект
2. системная гипоплазия
3. флюороз
4. несовершенный амело - и дентиногенез

521. Системный характер поражения зубов наблюдается при:

1. флюорозе
2. местной гипоплазии эмали
3. клиновидном дефекте
4. эрозии эмали

522. Причиной эндемического флюороза является содержание фторида в питьевой воде :

1. выше оптимального
2. субоптимальное
3. оптимальное
4. ниже оптимального

523. Коллективной мерой профилактики флюороза в эндемическом очаге является:

1. замена водоемочника
2. предупреждение заболеваний у женщин в период беременности
3. соблюдение гигиены полости рта
4. прием витаминов

524. У пациентов, проживающих с рождения в районе с повышенным содержанием фторида в питьевой воде определяется:

1. флюороз зубов
2. адентия
3. генерализованный пародонтит
4. множественный кариес

525. При флюорозе пятна локализуются на поверхности зуба:

1. всех
2. жевательной

3. вестибулярной
4. язычной

526. Классификация в.к патрикеева предложена для диагностики:

1. флюороза
2. гипоплазии
3. кариеса
4. пародонтита

527. Наиболее часто при системной гипоплазии поражаются зубы:

1. постоянные резцы, клыки и первые моляры
2. временные резцы и клыки
3. временные моляры и резцы
4. премоляры и постоянные моляры

528. Поражение постоянных зубов одного срока минерализации характерно для:

1. системной гипоплазии
2. эрозии эмали
3. местной гипоплазии
4. клиновидного дефекта

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

1. заболевания ребенка на первом году жизни
2. наследственность
3. заболевания матери во время беременности
4. средний кариес зубов у матери в период беременности

530. Одной из причин возникновения местной гипоплазии постоянного зуба является:

1. хронический периодонтит временного моляра
2. наследственность
3. заболевания матери в период беременности
4. заболевания ребенка на первом году жизни

531. Некариозное поражение твердых тканей зуба, при котором происходит истирание твердых тканей – это:

1. клиновидный дефект
2. флюороз
3. системная гипоплазия
4. местная гипоплазия

532. Окрашивание участков поражения эмали 2% раствором метиленового синего характерно для:

1. кариеса в стадии мелового пятна
2. флюороза
3. системной гипоплазии
4. местной гипоплазии

533. Для катарального гингивита характерно наличие:

1. кровоточивости десен
2. пародонтальных карманов
3. ретракции десны
4. атрофии альвеолы

534. Наличие пародонтального кармана является характерным признаком:

1. пародонтита
2. катарального гингивита
3. язвенно-некротического гингивита
4. пародонтоза

535. Наличие ложного десневого кармана характерно для:

1. гипертрофического гингивита
2. катарального гингивита
3. локального хронического гингивита
4. генерализованного хронического пародонтита

536. Наличие пародонтального кармана характерно для:

1. хронического пародонтита
2. катарального гингивита
3. пародонтоза
4. пародонтомы

537. К воспалительным заболеваниям пародонта относится:

1. пародонтит
2. пародонтоз
3. эпюлис
4. фиброматоз

538. Повышенная чувствительность зубов при некариозных поражениях обусловлена:

1. убылью твердых тканей зуба
2. образованием заместительного дентина
3. снижением хлорапатитов в эмали
4. гиперплазией эмали

539. Повышенная чувствительность зубов при пародонтите обусловлена:

1. оголением шеек зубов
2. подвижностью зубов
3. деструктивными изменениями в альвеоле
4. выделением экссудата из патологического кармана

540. Для возникновения повышенной чувствительности необходимо:

1. обнажение дентина и увеличение степени открытия дентинных канальцев
2. обнажение дентина и уменьшение степени открытия дентинных канальцев
3. отсутствие обнажения дентина и уменьшение степени открытия дентинных канальцев
4. отсутствие обнажения дентина и увеличение степени открытия дентинных канальцев

541. При повышенной чувствительности зубов пациенты предъявляют жалобы на боли в зубах:

1. от внешних раздражителей
2. в ночное время
3. самопроизвольные
4. в период острых респираторных заболеваний

542. Повышенная чувствительность при очаговой деминерализации обусловлена:

1. повышением проницаемости эмали
2. истираемостью эмали
3. понижением проницаемости эмали
4. рецессией десны

543. Гиперчувствительность твердых тканей при отбеливании зубов обусловлена:

1. повышением проницаемости эмали
2. обработкой зубов красящими растворами с целью выявления зубного налета
3. проведением флоссинга
4. травмой десны

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

1. инактивации нервных окончаний в дентинных канальцах
2. obturации дентинных канальцев
3. восстановлении внутриканальцевого давления
4. перестройке и уплотнении твердых тканей зуба

545. Стоматологическая заболеваемость населения региона оценивается при проведении:

1. эпидемиологического стоматологического обследования
2. диспансеризации
3. плановой санации полости рта
4. профилактических мероприятий

546. Национальное эпидемиологическое стоматологическое обследование населения следует проводить один раз в:

1. 5 лет
2. 1 год
3. 2 года
4. 3 года

547. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ в одном районе рекомендуется осматривать в группе населения одного возраста в количестве человек не менее:

1. 50
2. 20
3. 30
4. 100

548. Калибровка специалистов, участвующих в эпидемиологическом стоматологическом обследовании населения проводится в период:

1. подготовительный
2. обследования
3. подведения итогов
4. анализа результатов

549. При калибровке специалистов, участвующих в эпидемиологическом стоматологическом обследовании населения, совпадение результатов обследования должно быть не менее (%):

1. 85
2. 95
3. 70
4. 50

550. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ обследуют взрослое население в возрасте (лет):

1. 35-44
2. 18-25
3. 25-30

#### 4. 30-40

551. Процентное соотношение лиц, имеющих признаки стоматологического заболевания, к общему числу обследованных называется:

1. распространенностью стоматологического заболевания
2. интенсивностью стоматологического заболевания
3. стоматологической заболеваемостью населения
4. уровнем стоматологической помощи населению

552. Распространенность стоматологического заболевания среди населения выражается в:

1. процентах
2. абсолютных единицах
3. относительных единицах
4. коэффициентах

553. Интенсивность кариеса зубов пациента выражается:

1. суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов у индивидуума
2. суммой кариозных и пломбированных зубов у индивидуума
3. отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к возрасту индивидуума
4. отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к общему количеству зубов у индивидуума

554. Уровни интенсивности кариеса по воз определены для возрастных групп:

1. 12 лет и 35-44 года
2. 6 и 12 лет
3. 12 и 15 лет
4. 35-44 года и 65 лет и старше

555. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования населения по методике воз состояние тканей пародонта оценивается с помощью индекса:

1. CPI
2. PMA
3. PNP
4. ONI-S

556. CPI - это индекс:

1. коммунальный пародонтальный индекс ВОЗ
2. нуждаемости в лечении заболеваний пародонта
3. эффективности гигиены полости рта
4. интенсивности кариеса зубов

557. Эпидемиологическое стоматологическое обследование населения проводят специалисты:

1. врачи-стоматологи
2. гигиенисты
3. стоматологические медицинские сестры
4. санитарные врачи

558. Первым этапом планирования региональной программы профилактики стоматологических заболеваний является:

1. определение стоматологической ситуации в регионе
2. формулирование целей и задач

3. выбор методов и средств профилактики
4. оценка эффективности программы

559. Планирование программы профилактики стоматологических заболеваний предусматривает раздел:

1. выбора методов и средств
2. оценки квалификации нестоматологического персонала
3. определения противопоказаний для профилактических средств
4. оценки образовательного уровня населения

560. Планирование программы профилактики стоматологических заболеваний предусматривает выделение раздела:

1. оценки эффективности программы
2. диспансеризации населения
3. оценки квалификации педагогов и воспитателей
4. оценки общего уровня здоровья населения

561. При планировании программ профилактики необходимо учитывать:

1. динамику демографических процессов населения
2. метеорологическую карту региона
3. количество потребляемой соли на человека
4. онкологическую заболеваемость

562. При планировании программ профилактики необходимо учитывать:

1. экологию окружающей среды
2. наличие водных ресурсов в регионе
3. КП зубов у лиц 65 лет и старше
4. количество детей, привитых от вирусных заболеваний

563. При планировании программ профилактики необходимо учитывать в регионе:

1. наличие стоматологического персонала и материальных ресурсов
2. количество рентгеновских аппаратов в стоматологических клиниках
3. количество частных кабинетов
4. количество стоматологов пенсионеров

564. При планировании программ профилактики необходимо учитывать:

1. стоматологическую заболеваемость в регионе
2. количество потребляемой жевательной резинки в год на человека
3. содержание карбоната кальция в воде
4. количество лиц, болеющих туберкулезом

565. Задачей профилактической программы по улучшению гигиены полости рта является снижение показателей индекса:

1. РНР
2. КПУ(з) и КПУ(п)
3. СРІ
4. РМА

566. Задачей профилактической программы по улучшению состояния тканей пародонта среди населения является снижение количества пораженных секстантов по индексу:

1. СРІ
2. РНР
3. АРІ

#### 4. Федорова-Володкиной

567. Персонал, участвующий в проведении профилактических программ:

1. стоматолог, гигиенист стоматологический
2. стоматолог, отоларинголог
3. стоматолог, менеджер по продажам
4. гигиенист, бухгалтер

568. Эффективность профилактики болезней пародонта среди населения оценивается по:

1. снижению количества пораженных секстантов по индексу CPI
2. снижению интенсивности кариеса зубов
3. уменьшению распространенности кариеса корня зуба
4. снижению распространенности флюороза по индексу Dean

569. Эффективность обучения гигиене полости рта оценивают по динамике показателей:

1. индекса ИГР-У
2. индексов КПУ, кп
3. распространенности кариеса зубов
4. индекса РМА

570. Различают оценку эффективности программы профилактики:

1. предварительную, промежуточную, окончательную
2. подготовительную, предварительную, окончательную
3. предварительную, организационную, окончательную
4. подготовительную, предварительную, финальную

571. Метод чистки зубов, при котором очищение вестибулярной поверхности зубов производится круговыми движениями, называется:

1. круговым Fones
2. Leonard
3. Stillman
4. стандартным Г.Н.Пахомова

572. При очищении вестибулярных и оральных поверхностей зубов при стандартном методе чистки зубов движения головки зубной щетки совершаются в направлении:

1. вертикальном (от десны к режущему краю или жевательной поверхности)
2. вертикальном (от режущему краю или жевательной поверхности к десне)
3. горизонтальном (вправо-влево, вперед-назад, параллельно десне)
4. головка зубной щетки совершает круговые движения против часовой стрелки

573. Метод чистки зубов, предусматривающий деление зубного ряда на сегменты и последовательное очищение зубов каждого сегмента, начиная с верхних правых жевательных зубов, называется методом:

1. стандартным Г.Н.Пахомова
2. круговым Fones
3. Stillman
4. Bass

574. Круговой метод чистки зубов fones рекомендуется применять:

1. детям дошкольного возраста
2. школьникам
3. взрослым
4. лицам пожилого возраста

575. Для оценки эффективности чистки зубов пациентом наиболее важно:

1. способность пациента удалять налет со всех поверхностей зубов
2. время, требуемое для чистки всех зубов
3. метод, по которому происходит движение от зуба к зубу
4. средства гигиены полости рта, которые использует пациент

576. Время чистки зубов мануальной зубной щеткой должно составлять не менее (минут):

1. 2-3
2. 1-1,5
3. 3,5-4
4. 4,5-6

577. Первым этапом контролируемой чистки зубов является:

1. определение гигиенического состояния полости рта пациента
2. обучение пациента чистке зубов на моделях
3. самостоятельная чистка зубов пациентом
4. индивидуальный подбор пациенту средств гигиены полости рта

578. После профессионального удаления зубных отложений наиболее целесообразно провести:

1. покрытие зубов фторидсодержащим лаком
2. герметизацию фиссур
3. окрашивание зубов йодсодержащим раствором
4. контролируемую чистку зубов

579. При проведении профессиональной гигиены полости рта гладкие поверхности зубов целесообразнее очищать от налета с помощью:

1. резиновых колпачков и полировочных паст
2. вращающихся щеточек и полировочных паст
3. флоссов
4. ультразвуковых скейлеров

580. При проведении профессиональной гигиены полости рта контактные поверхности зубов целесообразнее очищать от налета с помощью:

1. зубных нитей
2. резиновых колпачков и полировочных паст
3. щеточек и полировочных паст
4. зубной щетки и пасты

581. Для ручного удаления поддесневого зубного камня используют инструменты:

1. кюреты
2. штопфер
3. пародонтальный зонд
4. пинцет

582. Для удаления зубного камня используют инструменты:

1. серповидные скейлеры, кюреты
2. зонд, зеркало, пинцет
3. экскаватор, штопфер, гладилку
4. кюретажные ложки, дрельборы, шпатель

583. При проведении процедуры покрытия зубов фторидсодержащим лаком первой проводится манипуляция:

1. очищение зубов от налета
2. нанесение фторидсодержащего лака
3. высушивание зубов
4. изоляция от слюны

584. После проведения профессиональной гигиены чувствительность зубов может появиться вследствие:

1. излишнего полирования обнаженных корней зубов
2. проведения контролируемой чистки зубов
3. окрашивания зубного налета в труднодоступных местах
4. аппликаций реминерализующими растворами

585. Профилактикой механических повреждений слизистой оболочки полости рта является:

1. удаление разрушенных зубов
2. отказ от приема крепких спиртных напитков
3. обработка противовоспалительными мазями
4. тщательный уход за полостью рта

586. Профилактикой механических повреждений слизистой оболочки полости рта является:

1. своевременное пломбирование кариозных полостей
2. устранение вредной привычки курения
3. исключение из рациона острых блюд
4. устранение гальванизма в полости рта

587. Профилактикой механических повреждений слизистой оболочки полости рта является:

1. шлифовывание острых краев зубов, пломб
2. исключение из рациона горячей пищи
3. применение кератопластических средств
4. устранение вредной привычки приема алкоголя

588. Профилактикой механических повреждений слизистой оболочки полости рта является:

1. устранение вредных привычек (прикусывания слизистой щек, губ, языка)
2. отказ от курения трубки
3. назначение антисептических полосканий
4. соблюдение правил гигиенического ухода за полостью рта

589. Профилактикой механических повреждений слизистой оболочки полости рта является:

1. изготовление новых и коррекция старых протезов
2. лечение бруксизма
3. назначение полосканий настоями трав
4. отказ от курения папирос без фильтра

590. Профилактикой возникновения гальванизма в полости рта является:

1. изготовление протезов и пломб из однородных металлов
2. регулярная очистка и дезинфекция протезов
3. изготовление протезов и пломб из разнородных металлов
4. тщательный уход за полостью рта

591. Местным фактором, способствующим развитию кандидомикоза, является:

1. неудовлетворительная гигиена полости рта
2. курение
3. прием мягкой пищи
4. гипосаливация

592. Местным фактором, способствующим развитию кандидомикоза, является:

1. наличие воспалительных заболеваний пародонта
2. чрезмерное употребление легкоферментируемых углеводов
3. скученность зубов
4. наличие заболеваний слюнных желез

593. Местным фактором, способствующим развитию кандидомикоза, является:

1. длительное ношение пластмассовых протезов без соответствующего ухода за ними
2. прием раздражающей пищи
3. вредная привычка прикусывания щек
4. наличие протезов, изготовленных из разнородных металлов

594. Профилактикой контактных аллергических стоматитов является:

1. изготовление протезов из индифферентных материалов
2. устранение вредных привычек
3. лечение кариеса
4. удаление разрушенных зубов

595. Первичной профилактикой рака и предрака слизистой оболочки полости рта является:

1. предупреждение и устранение профессиональных вредностей
2. прием антибиотиков
3. устранение хронических очагов инфекции в полости рта
4. гигиена полости рта

596. Первичной профилактикой рака и предрака слизистой оболочки полости рта является:

1. предупреждение и устранение хронических механических, физических и химических травм
2. сбалансированное питание
3. гигиена полости рта
4. устранение хронических очагов инфекции в полости рта

597. Первичной профилактикой рака и предрака губы является:

1. предупреждение и устранение избытка солнечного излучения
2. прием антибиотиков
3. сбалансированное питание
4. гигиена полости рта

598. Первичной профилактикой рака и предрака слизистой оболочки полости рта является:

1. предупреждение и устранение гальванизма
2. прием антибиотиков
3. сбалансированное питание
4. устранение хронических очагов инфекции в полости рта

599. Первичной профилактикой рака и предрака слизистой оболочки полости рта является:

1. отказ от слишком горячей и раздражающей пищи
2. сбалансированное питание
3. устранение хронических очагов инфекции в полости рта
4. прием антибиотиков

600. Фактор риска возникновения лейкоплакии:

1. курение
2. острый герпетический стоматит
3. соматические заболевания

#### 4. хронические очаги инфекции в полости рта

601. Фактором риска возникновения хронического афтозного стоматита является:

1. наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта
2. солнечное излучение
3. наличие инфекционных заболеваний
4. прием десенсибилизирующих препаратов

602. Профилактикой эксфолиативного хейлита является:

1. использование гигиенической помады
2. сбалансированное питание
3. прием витаминов
4. лечение кариеса зубов

603. Размер рабочей части зубной щетки для взрослых не должен превышать (мм):

1. 30
2. 20
3. 25
4. 10

604. Для более тщательного очищения всех поверхностей и участков зубов наиболее эффективно использовать зубную щетку с формой подстрижки волокон рабочей части:

1. с различной высотой и направлением пучков щетины
2. прямой
3. V-образной
4. с выпуклой

605. Индикаторные щетинки имеются у зубных щеток для:

1. определения срока замены щетки
2. улучшения эстетического вида
3. наиболее эффективного очищения межзубных промежутков
4. наиболее эффективного очищения зубов в стадии прорезывания

606. Зубная щетка с продольным v-образным углублением рабочей части предназначена для:

1. ухода за полостью рта пациентов с брекет-системами
2. очищения дистальной поверхности последнего зуба в зубном ряду
3. очищения межзубных промежутков
4. ухода за полостью рта пациентов с заболеваниями пародонта

607. Степень жесткости щетины зубной щетки обычно указывается на:

1. упаковке
2. ручке
3. рабочей части
4. в инструкции производителя

608. Одним из основных требований, предъявляемых к зубным щеткам, является наличие:

1. искусственного волокна
2. натуральной щетины
3. индикаторных щетинок
4. прямой ручки

609. Силовой (активный) выступ имеется у зубных щеток для:

1. очищения дистальной поверхности последнего зуба в зубном ряду

2. наиболее эффективного очищения межзубных промежутков
3. определения срока замены щетки
4. улучшения эстетического вида щетки

610. Размер рабочей части зубной щетки для взрослых не должен превышать (мм):

1. 30
2. 10
3. 20
4. 40

611. Одними из основных компонентов зубных паст являются:

1. абразивные вещества
2. антисептики
3. экстракты лекарственных растений
4. солевые добавки

612. В качестве активного компонента в противокариозных зубных пастах используют:

1. фториды
2. пирофосфаты
3. экстракты лекарственных растений
4. хлоргексидин

613. В качестве противовоспалительного компонента в состав зубных паст вводят:

1. экстракты лекарственных растений
2. фторид натрия
3. карбонат кальция
4. карбамид

614. В качестве пенообразующего компонента в состав зубных паст вводится:

1. лаурилсульфат натрия
2. дикальцийфосфат
3. полиэтиленгликоль
4. фторид натрия

615. Гигиенические зубные пасты не содержат в своем составе:

1. экстракты лекарственных растений
2. увлажняющие компоненты
3. абразивные вещества
4. гелеобразующие компоненты

616. Противокариозное действие зубных паст преимущественно обусловлено введением в их состав:

1. фторидов
2. пирофосфатов
3. экстрактов лекарственных растений
4. хлоргексидина

617. Глицерин входит в состав зубных паст как компонент:

1. увлажняющий
2. абразивный
3. пенообразующий
4. ароматизирующий

618. Гигиенические зубные пасты обладают действием:

1. очищающим
2. регенерирующим
3. отбеливающим
4. десенситивным

619. Зубные пасты с солевыми добавками относятся к группе:

1. противовоспалительных
2. противокариозных
3. снижающих чувствительность твердых тканей зубов
4. отбеливающих

620. Одним из основных компонентов зубных паст являются:

1. пенообразующие вещества
2. солевые добавки
3. экстракты лекарственных растений
4. витамины

621. Соединения кальция могут входить в состав зубных паст в качестве компонента:

1. противокариозного
2. связующего
3. отбеливающего
4. пенообразующего

622. Пластичность и однородность консистенции зубных паст обеспечивается входящими в их состав компонентами:

1. связующими
2. абразивными
3. пенообразующими
4. ароматизирующими

623. Зубные пасты с высоким показателем абразивности предназначены для использования:

1. лицами, злоупотребляющими курением
2. основной массой населения
3. пациентами с повышенной чувствительностью твердых тканей зубов
4. детьми дошкольного возраста

624. Одним из основных компонентов зубных паст являются:

1. связующие вещества
2. экстракты лекарственных растений
3. витамины
4. антисептики

625. В качестве абразивного компонента в состав зубных паст вводят:

1. дикальцийфосфат
2. монофторфосфат натрия
3. хлорид стронция
4. гидроксиапатит

626. Противокариозное действие зубных паст преимущественно обусловлено введением в их состав:

1. соединений кальция
2. пирофосфатов
3. экстрактов лекарственных растений
4. хлоргексидина

627. Пирофосфаты входят в состав зубных паст в качестве компонентов:

1. препятствующих образованию зубного камня
2. противокариозных
3. противовоспалительных
4. абразивных

628. Для снижения чувствительности твердых тканей зубов в состав зубных паст в качестве активного компонента вводят:

1. хлорид стронция, нитрат калия, гидроксипапатит
2. пирофосфаты, солевые добавки
3. экстракты лекарственных растений, хлоргексидин
4. ферменты, витамины

629. Лаурилсульфат натрия входит в состав зубных паст как компонент:

1. пенообразующий
2. абразивный
3. увлажняющий
4. ароматизирующий

630. Монофторфосфат натрия в составе лечебно-профилактических зубных паст обуславливает их действие:

1. противокариозное
2. противовоспалительное
3. отбеливающее
4. десенсибилизирующее

631. Для уменьшения образования зубных отложений в состав зубных паст вводят:

1. триклозан
2. фторид натрия
3. экстракты лекарственных растений
4. карбамид

632. В качестве фторидсодержащих компонентов в состав лечебно-профилактических зубных паст включают:

1. фторид натрия
2. фторид железа
3. фторид алюминия
4. фторид платины

633. Витамины а и е вводят в состав зубных паст для:

1. ускорения регенерации слизистой оболочки полости рта
2. профилактики кариеса
3. уменьшения образования зубных отложений
4. улучшения общего состояния организма

634. В качестве противовоспалительного компонента в состав ополаскивателей для полости рта вводят:

1. хлоргексидин
2. этиловый спирт
3. фторид олова
4. монофторфосфат натрия

635. Для очищения контактных поверхностей зубов от налета наиболее целесообразно использовать:

1. зубные нити
2. зубную щетку и зубную пасту
3. вращающуюся щеточку и полировочную пасту
4. зубочистки

636. Использование зубных нитей рекомендуется для удаления зубного налета с поверхностей зубов:

1. проксимальных
2. вестибулярных
3. окклюзионных
4. оральных

637. Зубочистки наиболее целесообразно использовать для удаления:

1. остатков пищи из межзубных промежутков
2. зубного налета с гладких поверхностей зубов
3. зубного налета с контактных поверхностей зубов
4. зубного камня

638. По рекомендациям ВОЗ, концентрация фторида в зубных пастах для взрослых должна быть не менее (PPM):

1. 1000
2. 500
3. 2000
4. 5000

639. В районе с повышенным содержанием фторида в питьевой воде не рекомендуется использовать зубные пасты:

1. фторидсодержащие
2. кальцийсодержащие
3. гигиенические
4. с растительными добавками

640. Пациентам с клиновидным дефектом твердых тканей зубов рекомендуется использовать зубную щетку:

1. мягкую
2. средней жесткости
3. жесткую
4. очень жесткую

641. Длительное использование жесткой зубной щетки и высокоабразивной зубной пасты может привести к возникновению:

1. клиновидного дефекта твердых тканей зубов
2. гипоплазии эмали
3. флюороза
4. очагов деминерализации эмали

642. Пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта в стадии обострения рекомендуют пользоваться зубной щеткой:

1. мягкой
2. средней степени жесткости
3. жесткой
4. очень жесткой

643. Использование жесткой зубной щетки может привести к возникновению:

1. повышенной чувствительности твердых тканей зуба
2. гиперплазии эмали
3. гипоплазии эмали
4. флюорозу

644. Жесткость волокна зубной щетки, рекомендуемой пациентам при повышенной чувствительности зубов, должна быть:

1. очень мягкой и мягкой
2. мягкой и средней
3. средней и жесткой
4. жесткой и очень жесткой

645. Степень абразивности зубных паст, рекомендуемых пациентам при повышенной чувствительности зубов, должна быть:

1. низкой
2. средней
3. высокой
4. не содержать абразива

646. Для obturации дентинных канальцев с целью снижения чувствительности твердых тканей зубов в зубные пасты вводят:

1. соединения фтора, кальция, стронция
2. лаурилсульфат натрия, лаурилсаркозинат натрия, спирт
3. сорбитол, глицерин, пропиленгликоль
4. диоксид кремния, двуокись кремния, химически осажденный мел

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

1. с растительными добавками
2. фторидсодержащие
3. кальцийсодержащие
4. отбеливающие

648. Карииес в стадии мелового пятна дифференцируют с:

1. пятнистой формой флюороза
2. клиновидным дефектом
3. средним кариесом
4. эрозией эмали

649. Профилактикой местной гипоплазии постоянных зубов является:

1. своевременное лечение кариеса временных зубов
2. реминерализирующая терапия
3. полноценное питание ребенка на первом году жизни
4. прием фторидсодержащих таблеток

650. Для удаления зубного камня с помощью ультразвука используют аппарат:

1. Пьезон-Мастер»
2. «Pluraflex»
3. «Диагностодент»
4. апекслокатор

651. При лечении кариеса в стадии мелового пятна первым этапом применения реминерализирующих средств является:

1. очищение от зубного налета
2. изоляция от слюны
3. высушивание
4. аппликация реминерализирующего средства

652. В возникновении кариеса зубов ведущая роль принадлежит микроорганизмам:

1. стрептококкам
2. актиномицетам
3. вирусам
4. стафилококкам

653. В возникновении кариеса важную роль играет свойство микроорганизмов:

1. образовывать органические кислоты
2. приспособляться к изменяющимся условиям внешней среды
3. вызывать дисбактериоз
4. выделять экзотоксины

654. Наибольшая проницаемость эмали отмечается на зубах:

1. в пришеечной области, ямках, фиссурах
2. в области бугров, режущего края
3. на контактных поверхностях
4. на вестибулярной и язычной поверхностях

655. Реминерализация – это:

1. восстановление минерального состава эмали
2. потеря кальция, фосфатов из подповерхностного слоя эмали
3. разрушение структуры эмали под действием органических кислот
4. восстановление гомеостаза в полости рта

656. Процессы минерализации и реминерализации эмали обеспечиваются за счет поступления из ротовой жидкости:

1. кальция, фосфатов, фторидов
2. кислорода, водорода
3. белков, витаминов
4. органических кислот

657. Кариес в стадии мелового пятна появляется на эмали в результате ее:

1. деминерализации
2. минерализации
3. реминерализации
4. созревания

658. Фактором риска возникновения очаговой деминерализации эмали является:

1. неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта
2. наследственность
3. инфекционные заболевания ребенка на первом году жизни
4. высокое содержание фторида в питьевой воде

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

1. выше оптимального
2. низким
3. субоптимальным
4. оптимальным

660. Одним из факторов риска возникновения клиновидного дефекта является:

1. горизонтальные движения зубной щеткой
2. чрезмерное употребление углеводов
3. повышенное содержание фторида в питьевой воде
4. неудовлетворительная гигиена полости рта

661. Причиной истирания твердых тканей зубов может быть:

1. постоянное использование высокоабразивных средств гигиены полости рта
2. высокое содержание фторида в питьевой воде
3. низкое содержание фторида в питьевой воде
4. употребление углеводистой пищи

662. Основным местным фактором риска возникновения катарального гингивита является:

1. наличие микробного налета
2. наследственность
3. вредные привычки
4. наличие эндокринной патологии

663. Фактор, способствующий развитию локального хронического гингивита:

1. скученность зубов
2. бруксизм
3. ксеростомия
4. употребление пищи, богатой клетчаткой

664. Использование жевательной резинки после еды способствует:

1. увеличению скорости и количества выделения слюны
2. удалению зубного налета с контактных поверхностей зубов
3. снижению повышенной чувствительности эмали зубов
4. уменьшению воспаления в тканях десны

665. Наибольшим кариесогенным действием обладает углевод:

1. сахароза
2. мальтоза
3. галактоза
4. гликоген

666. Конечным продуктом метаболизма сахаров является:

1. органическая кислота
2. декстран
3. леваны
4. гликаны

667. Местным фактором риска возникновения кариеса является:

1. неудовлетворительная гигиена полости рта
2. слабощелочная реакция слюны
3. повышенное слюноотделение
4. прием пищи, богатой клетчаткой

668. Высокоуглеводная диета является одним из основных факторов риска развития:

1. кариеса зубов
2. пародонтита
3. зубочелюстных аномалий

#### 4. заболеваний слизистой оболочки полости рта

669. Мотивация населения к сохранению стоматологического здоровья и выработка правил поведения и привычек, снижающих риск возникновения заболеваний - это понятие:

1. стоматологического просвещения
2. анкетирования населения
3. первичной профилактики стоматологических заболеваний
4. ситуационного анализа

670. Методы стоматологического просвещения, предполагающие непосредственное участие населения в получении информации называются:

1. активными
2. пассивными
3. индивидуальными
4. массовыми

671. Анкетирование дает возможность оценить:

1. уровень знаний населения о профилактике стоматологических заболеваний
2. гигиеническое состояние полости рта пациентов
3. качество оказания стоматологической помощи населению
4. уровень стоматологического здоровья населения

672. К пассивным формам стоматологического просвещения относится:

1. телевизионная реклама
2. проведение «урока здоровья» в школе
3. беседа с пациентом на стоматологическом приеме
4. занятия по обучению гигиене полости рта в группе детского сада

673. Объективную оценку эффективности стоматологического просвещения проводят по:

1. динамике показателей гигиенического состояния полости рта пациентов
2. результатам анкетирования населения
3. количеству стоматологических учреждений
4. количеству поставленных пломб

674. Субъективную оценку эффективности стоматологического просвещения проводят по:

1. результатам анкетирования населения
2. динамике показателей гигиенического состояния полости рта пациентов
3. количеству стоматологических учреждений
4. количеству поставленных пломб

675. Проведение беседы с пациентом по вопросам гигиены полости рта на стоматологическом приеме - это форма проведения стоматологического просвещения:

1. индивидуальная
2. групповая
3. массовая
4. популяционная

676. Телевизионная реклама средств гигиены полости рта - это форма проведения стоматологического просвещения:

1. массовая
2. индивидуальная
3. групповая
4. региональная

677. Целью стоматологического просвещения является:

1. мотивация населения к поддержанию стоматологического здоровья
2. изучение стоматологической заболеваемости населения
3. выявление факторов риска возникновения стоматологических заболеваний
4. выявление среди населения групп риска возникновения стоматологических заболеваний

678. Для получения информации об уровне знаний населения по вопросам возникновения и предупреждения стоматологических заболеваний проводится:

1. анкетирование
2. осмотр полости рта
3. обучение правилам гигиены полости рта
4. рекламные акции средств гигиены

679. Со взрослыми пациентами стоматологическое просвещение проводят в виде:

1. лекций и бесед
2. игр
3. занятий в группе
4. викторин

680. Анкетирование дает возможность оценить:

1. уровень знаний населения о профилактике стоматологических заболеваний
2. гигиеническое состояние полости рта пациентов
3. качество оказания стоматологической помощи населению
4. интенсивность кариеса зубов у детей

681. Хранить зубную щетку в домашних условиях следует в:

1. стакане рабочей частью вверх
2. стакане рабочей частью вниз
3. футляре
4. дезинфицирующем растворе

682. Время, в течение которого целесообразно использовать жевательную резинку после приема пищи, составляет (минут):

1. 5-10
2. 1-5
3. 20-30
4. более 60

683. Жевательную резинку рекомендуется использовать:

1. после приема пищи
2. перед чисткой зубов
3. после чистки зубов
4. в любое время

684. Снижению риска возникновения кариеса способствуют следующие особенности питания:

1. употребление сырых овощей и фруктов, твердой сухой пищи
2. высокое содержание в пище сахаров
3. употребление преимущественно мягкой пищи, не требующей интенсивного жевания
4. увеличение частоты приема пищи

685. Практическим этапом стоматологического просвещения является:

1. навык

2. знание
3. понимание
4. убеждение

686. Для профилактики появления повышенной чувствительности зубов рекомендуется время чистки не более (минут):

1. 2-3
2. 1
3. 4-5
4. 6-7

687. Причиной генерализованного пародонтита может быть:

1. наличие эндокринных заболеваний у пациента
2. отсутствие контактного пункта между соседними зубами
3. нависающий край пломбы
4. скученность зубов во фронтальном отделе

688. Ранним клиническим признаком воспаления десны является:

1. кровоточивость при чистке зубов
2. деформация десневых сосочков
3. пародонтальный карман
4. подвижность зубов

689. Гиперчувствительность твердых тканей зуба может возникнуть в результате:

1. отбеливания зубов
2. чистки зубов мягкой щеткой
3. употребления жвачки
4. использования зубной нити

690. Наибольшую информацию о состоянии периапикальных тканей зубов верхней и нижней челюсти дает метод рентгенологического обследования:

1. ортопантомография
2. денральная рентгенография
3. панорамная рентгенография
4. телерентгенография

691. Наиболее информативным методом рентгенологического обследования для оценки качества пломбирования корневых каналов зубов верхней и нижней челюсти является:

1. денральная рентгенография
2. панорамная рентгенография
3. ортопантомография
4. телерентгенография

692. Зубная формула зуба 3.7 обозначает:

1. второй моляр нижней челюсти слева
2. центральный резец нижней челюсти слева
3. клык нижней челюсти справа
4. первый моляр верхней челюсти справа

693. Зубная формула зуба 1.1 обозначает:

1. центральный резец верхней челюсти справа
2. первый моляр верхней челюсти справа
3. центральный резец нижней челюсти слева

4. первый премоляр нижней челюсти справа

694. Зубная формула зуба 2.3 обозначает:

1. клык верхней челюсти слева
2. первый премоляр нижней челюсти слева
3. центральный резец верхней челюсти слева
4. клык нижней челюсти справа

695. Зубная формула зуба 4.3 обозначает:

1. клык нижней челюсти справа
2. первый моляр нижней челюсти справа
3. второй моляр нижней челюсти слева
4. клык нижней челюсти слева

696. Во время осмотра полости рта пациента возникло подозрение на наличие у него ВИЧ-инфекции, врач должен:

1. закончить осмотр, направить пациента на анализ крови
2. сказать больному о своем подозрении
3. отказать больному в оказании стоматологической помощи
4. продолжить осмотр и начать лечение стоматологического заболевания

697. Зубная формула зуба 2.1 обозначает:

1. центральный резец верхней челюсти слева
2. центральный резец верхней челюсти справа
3. центральный резец нижней челюсти слева
4. центральный резец нижней челюсти справа

698. Зубная формула зуба 1.6 обозначает:

1. первый моляр верхней челюсти справа
2. центральный резец верхней челюсти слева
3. первый премоляр нижней челюсти справа
4. второй моляр нижней челюсти слева

699. Зубная формула зуба 3.5 обозначает:

1. второй премоляр нижней челюсти слева
2. первый премоляр нижней челюсти справа
3. центральный резец верхней челюсти справа
4. второй моляр нижней челюсти слева

700. Обследование зубов в полости рта начинают с:

1. правых верхних моляров и заканчивают нижними правыми молярами
2. левых верхних моляров и заканчивают нижними левыми молярами
3. левых нижних моляров и заканчивают левыми верхними молярами
4. правых нижних моляров и заканчивают правыми верхними молярами

701. Ортопантограмма – это изображение:

1. обеих челюстей
2. одной челюсти
3. одного зуба
4. трех зубов

702. Прицельная рентгенограмма - это изображение:

1. одного зуба

2. обеих челюстей
3. одной челюсти
4. ВНЧС

703. Исследование кровообращения в зубе – это:

1. реодонтография
2. реопародонтография
3. миотонометрия
4. реоартрография

704. Реакция зуба на температурные раздражители называется:

1. термодиагностика
2. реопародонтография
3. электроодонтодиагностика
4. реодонтография

705. Определение функционального состояния пульпы зуба называется:

1. электроодонтодиагностика
2. реопародонтография
3. термодиагностика
4. реодонтография

706. По данным электроодонтометрии порог возбуждения интактных зубов равен (мкА):

1. 2 – 6
2. 20 – 40
3. 40 -60
4. 60 – 90

707. По данным электроодонтометрии порог возбуждения при фиброзном воспалении пульпы равен (мкА):

1. 20 – 40
2. 2 – 6
3. 40 -60
4. 60 – 90

708. Подвижность зуба определяют:

1. пальпаторно
2. зондом
3. гладилкой
4. экскаватором

709. Следствием кариеса твердых тканей зубов является:

1. частичное разрушение коронки зуба
2. флюороз
3. клиновидный дефект
4. гипоплазия эмали

710. Следствием кариеса твердых тканей зубов является:

1. полное разрушение коронки зуба
2. эрозия твердых тканей зуба
3. гиперплазия эмали
4. аномалия развития и прорезывания зубов

711. Во время проведения клинического метода обследования пальпацией возможно определить:

1. податливость слизистой оболочки полости рта
2. глубину кариозной полости
3. глубину зубодесневого кармана
4. глубину погружения края штампованной коронки на опорном зубе

712. Граница между эмалью коронки и цементом корня зуба называется:

1. анатомической шейкой зуба
2. клинической шейкой зуба
3. экватор зуба
4. границей над - и поддесневой частей зуба

713. Основным документом врачебного поликлинического приема для лечебно-профилактических учреждений всех форм собственности является:

1. история болезни
2. бланк направление
3. заказ-наряд
4. талон назначения больного к врачу

714. Термин «семиотика» означает:

1. учение о признаках болезни и патологических состояниях
2. изучение и лечение врожденных и приобретенных дефектов и деформаций
3. изучение научных данных в области лица и шеи
4. изучение и лечение в полости рта и пограничных областей лица и шеи

715. Диагноз – это:

1. краткое медицинское заключение об имеющихся заболеваниях
2. изучение и лечение врожденных и приобретенных дефектов и деформаций
3. изучение и лечение в полости рта и пограничных областей лица и шеи
4. учение о признаках болезни и патологических состояниях

716. Диагностика – это:

1. учение о методах распознавания болезней
2. изучение и лечение врожденных и приобретенных дефектов и деформаций
3. изучение и лечение в полости рта и пограничных областей лица и шеи
4. учение о признаках болезни и патологических состояниях

717. Деонтология – это:

1. наука о взаимоотношениях медицинского персонала внутри коллектива, а также с пациентом
2. изучение научных данных в области лица и шеи
3. учение о методах распознавания болезней
4. учение о признаках болезни и патологических состояниях

718. Линия Клейна разделяет:

1. красную кайму и слизистую оболочку
2. красную кайму и периоральную кожу
3. периоральную кожу и слизистую оболочку
4. слизистую оболочку и прикрепленную десну

719. Осмотр пациента начинают с:

1. внешнего осмотра
2. заполнения зубной формулы
3. определения прикуса

4. осмотра зубных рядов

720. Функциональное единое образование «Эндодонт» представляет собой комплекс:

1. пульпа – дентин
2. дентин - эмаль
3. дентин - цемент
4. пульпа – периодонт

721. Жалобы больного при местной гипоплазии эмали:

1. косметический недостаток
2. боль при перкуссии
3. боль от горячего раздражителя
4. подвижность зубов

722. При зондировании клинической десневой борозды зонд погружается на глубину менее:

1. 1.5 мм
2. 2.0 мм
3. 2.5 мм
4. 3.0 мм

723. Характерные изменения в полости рта при остром лейкозе:

1. язвенно-некротические процессы
2. «лаковый» язык
3. эрозии эмали
4. полиморфная сыпь

724. Острое воспаление пульпы протекает по типу:

1. гиперергическому
2. гипоергическому
3. нормергическому
4. анергическому

725. Серозный экссудат переходит в гнойный в течение первых:

1. 6 – 8 часов
2. 3 – 4 часов
3. 10 – 12 часов
4. 20 – 24 часов

726. Основной местной причиной развития кариеса зубов является:

1. зубная бляшка
2. мягкий зубной налет
3. минерализованный зубной налет
4. зубной камень

727. Способностью прикрепляться к гидроксипатиту и пелликуле обладают:

1. актиномицеты и стрептококки
2. актиномицеты и спирохеты
3. стрептококки и стафилококки
4. стафилококки и спирохеты

728. Основным источником фтора для человека является:

1. питьевая вода
2. зубная паста

3. зубной эликсир
4. фторированная соль

729. Внутреннее окрашивание зубов может быть обусловлено:

1. эндодонтическим лечением зубов с применением резорцин-формалинового метода
2. курением
3. наследственностью
4. возрастными изменениями

730. Наибольшей кариесогенностью обладают стрептококки группы:

1. S. Mutans
2. S. Faecalis
3. S. Aureus
4. S. Pneumococcus

731. Факторы, влияющие на развитие системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

1. болезни ребенка после рождения, нарушение режима питания ребенка
2. болезни матери во время беременности
3. множественные поражения молочных зубов осложненным кариесом
4. травматические повреждения молочных зубов

732. Лейкоплакия, как правило, четко связанная с ВИЧ-инфекцией:

1. волосатая
2. плоская
3. веррукозная
4. эрозивная

733. Характерной локализацией поражения зубов при флюорозе является:

1. вестибулярная поверхность резцов, клыков
2. фиссура
3. шейка зуба
4. окклюзионная поверхность моляров

734. Предполагаемой причиной возникновения клиновидного дефекта является:

1. нарушение структуры тканей зуба в результате повышенной функциональной нагрузки
2. механическое воздействие
3. дисфункция щитовидной железы
4. употребление в пищу большого количества цитрусовых и их соков

735. Кислотный некроз эмали от синдрома стентона – капдепона отличается:

1. сглаживанием формы зубов, наличием гиперестезии, матовой поверхностью эмали
2. частичным или полным отсутствием эмали зубов, пигментированным дентином
3. наличием участков зубов без эмали с острыми краями
4. окраской зубов от перламутровой до коричневой

736. Эрозивную форму гипоплазии эмали от эрозий эмали зубов отличает:

1. симметричность формы и расположения участков поражения на одноименных зубах
2. чередование участков с эрозиями и пятнами на разных поверхностях зубов
3. наличие выраженной гиперестезии твердых тканей зубов
4. атипичное расположение эрозий эмали на зубах

737. Наиболее характерный симптом при кислотном некрозе:

1. «слипание зубов»

2. чувство «оскомины»
3. боль от химических раздражителей
4. боль от температурных раздражителей

738. Хронический гиперпластический пульпит дифференцируют с:

1. разрастанием десневого сосочка и грануляционной ткани из периодонта
2. хроническим генерализованным пародонтитом
3. гиперемией пульпы
4. гипертрофическим гингивитом

739. При хроническом гиперпластическом пульпите больной предъявляет жалобы на боли в наибольшей степени:

1. от механических раздражителей
2. от химических раздражителей
3. от температурных раздражителей
4. самопроизвольные

740. В анамнезе при диагностике периапикального абсцесса часто встречается боль:

1. острая при накусывании
2. иррадиирующая по ходу ветвей тройничного нерва
3. приступообразная от всех видов раздражителей
4. самопроизвольная в ночное время

741. Источником ВИЧ–инфекции является:

1. человек – носитель ВИЧ
2. крупный рогатый скот
3. кровососущее насекомое
4. птица

742. Характерным симптомом пародонтита является наличие:

1. пародонтального кармана
2. зубного камня
3. афты слизистой оболочки
4. кариозной полости

743. Наличие прогрессирующей убыли тканей десны с воспалительными явлениями характерно для:

1. пародонтита
2. пародонтоза
3. гингивита
4. пародонтомы

744. Для подтверждения диагноза «кандидоз» используют дополнительный метод исследования:

1. бактериоскопический
2. аллергологический
3. рентгенологический
4. цитологический

745. Дополнительный метод обследования стоматологического больного на терапевтическом приеме:

1. рентгенография
2. расспрос
3. зондирование
4. перкуссия

746. При регистрации пародонтального индекса (PI) по расселу используется дополнительный метод исследования:

1. рентгенография
2. полярометрия
3. эхоosteометрия
4. реопародонтография

747. Метод термометрии нужно использовать:

1. для дифференциальной диагностики кариеса и пульпита
2. для диагностики периодонтита
3. для дифференциальной диагностики периодонтита и невралгии тройничного нерва
4. при перфорации в области бифуркации

748. Элекроодонтометрия применяется для определения:

1. состояния нервных окончаний пульпы
2. состояния нервных окончаний периодонта
3. состояния сосудов
4. возбудимости нервных окончаний пародонта

749. Наибольшую информацию о состоянии периапикальных тканей зубов верхней и нижней челюсти дает:

1. ортопантомография
2. денральная рентгенография
3. панорамная рентгенография
4. телерентгенография

750. Уровень напряжения кислорода в ткани определяется методом:

1. полярографии
2. биомикроскопии
3. фотоплетизмографии
4. реопародонтографии

751. Полярография тканей пародонта позволяет определить:

1. парциальное давление кислорода в тканях
2. содержимое пародонтальных карманов
3. уровень резорбции альвеолярной кости
4. регионарную гемодинамику в пародонте

752. Диагнозу «Кариес дентина» по МКБ-10 соответствует код:

1. K021
2. K020
3. K022
4. K029

753. Диагнозу «кариес эмали» по МКБ-10 соответствует код:

1. K020
2. K021
3. K022
4. K029

754. Диагнозу «кариес цемента» по МКБ-10 соответствует код:

1. K022

2. K020
3. K021
4. K029

755. Диагнозу «некроз пульпы» по МКБ-10 соответствует код:

1. K041
2. K040
3. K042
4. K049

756. Диагнозу «пульпит» по МКБ-10 соответствует код:

1. K040
2. K041
3. K042
4. K049

757. Диагнозу «хронический апикальный периодонтит» по МКБ-10 соответствует код:

1. K045
2. K040
3. K041
4. K042

758. Диагнозу «корневая киста» по МКБ-10 соответствует код:

1. K048
2. K040
3. K044
4. K047

759. Диагнозу «эрозия зуба» по МКБ-10 соответствует код:

1. K032
2. K030
3. K031
4. K034

760. Диагнозу «повышенное стирание зубов» по МКБ-10 соответствует код:

1. K030
2. K031
3. K032
4. K034

761. Диагнозу «гиперцементоз» по МКБ-10 соответствует код:

1. K034
2. K030
3. K031
4. K032

762. По международной классификации МКБ-10 диагнозу «кариес зубов» соответствует код:

1. K02
2. K01
3. K03
4. K04

763. По международной классификации мкб-10 диагнозу «хронический пародонтит» соответствует код:

1. K05.3
2. K02.1
3. K03.1
4. K04.5

764. По международной классификации мкб-10 диагнозу «хронический гингивит» соответствует код:

1. K05.1
2. K02.1
3. K03.1
4. K04.5

765. По международной классификации мкб-10 диагнозу «рецессия десны» соответствует код:

1. K06.0
2. K05.3
3. K06.2
4. K07.1

766. По международной классификации мкб-10 диагнозу «рецидивирующие афты полости рта» соответствует код:

1. K12.0
2. K02.3
3. K04.2
4. K10.0

767. К тяжелой форме многоформной экссудативной эритемы относят синдром:

1. Стивенса-Джонсона
2. Бехчета
3. Шегрена
4. Розенталя

768. Термический ожог слизистой оболочки полости рта относится к травме:

1. физической
2. химической
3. механической
4. хронической

769. Классификация МКБ-10 включает:

1. острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения и периапикальный абсцесс со свищом
2. острый серозный и острый гнойный периодонтит
3. хронический фиброзный периодонтит
4. хронический гранулематозный периодонтит

770. Хроническому язвенному пульпиту по классификации мкб-10 соответствует по классификации ММСИ:

1. хронический гангренозный пульпит
2. хронический фиброзный пульпит
3. хронический гипертрофический пульпит
4. обострение хронического пульпита

771. Согласно международной классификации болезней поверхностный кариес является кариесом:

1. эмали
2. дентина
3. приостановившимся
4. неуточненным

772. Системная гипоплазия является следствием:

1. нарушения обмена вещества при болезнях раннего детского возраста
2. несовершенного остеогенеза
3. низкого содержания фтора в питьевой воде
4. инфицирования фолликула при травме

773. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят с:

1. флюорозом
2. гиперемией пульпы
3. эрозией эмали
4. острым пульпитом

774. Диагноз хронического периодонтита ставят на основании:

1. рентгенограммы, на которой обнаруживается деформация периодонтальной щели в виде расширения у верхушки корня
2. данных ЭОД
3. жалоб на боль при надкусывании и положительной перкуссии зуба
4. рентгенограммы, на которой обнаруживается очаг разряжения кости в области верхушки корня с нечеткими границами

775. Хроническому гранулематозному и гранулирующему периодонтиту, по нозологической классификации воз, соответствует:

1. апикальная гранулема
2. пульпарный абсцесс
3. периапикальный абсцесс со свищом
4. гангрена пульпы

776. Дифференциальный диагноз гиперемии пульпы проводят с:

1. хроническим пульпитом
2. кариесом в стадии пятна
3. хроническим апикальным периодонтитом
4. деструктивной формой флюороза

777. Классификация мкб-10 включает:

1. острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения и периапикальный абсцесс со свищом
2. острый серозный и острый гнойный периодонтит
3. хронический фиброзный периодонтит
4. хронический гранулематозный периодонтит

778. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит дифференцируют с:

1. многоформной экссудативной эритемой
2. хроническим герпесом
3. вторичным сифилисом
4. язвенно-некротическим стоматитом

779. Зубы Гетчинсона и Фурнье относят к:

1. системной гипоплазии эмали

2. местной гипоплазии эмали
3. гиперплазии эмали
4. наследственному несовершенному амелогенезу

780. Кариозный процесс развивается при:

1. преобладании деминерализации
2. равновесии ре- и деминерализации
3. отсутствии реминерализации
4. десминерализации

781. Острый герпетический стоматит является заболеванием:

1. вирусным
2. бактериальным
3. грибковым
4. аутоиммунным

782. Симптом Никольского при истинной пузырчатке:

1. положительный всегда
2. отрицательный
3. положительный в зависимости от формы
4. положительный в зависимости от локализации

783. Этиологическим фактором герпетического стоматита является вирус:

1. Herpes simplex I типа
2. Herpes simplex II типа
3. Herpes zoster
4. вирус иммунодефицита

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

1. термометрия
2. характер болей
3. зондирование
4. электроодонтометрия

785. Воспаление тканей десны, протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления, называется:

1. гингивитом
2. пародонтитом
3. пародонтозом
4. пародонтомой

786. Наиболее резистентны к кариесу участки эмали в области:

1. бугров
2. шейки
3. контактных поверхностей
4. вестибулярных поверхностей

787. Под вторичным кариесом следует понимать:

1. возникновение кариозного процесса на неповрежденной эмали рядом с пломбой
2. процесс, возникающий там, где он отмечался раньше
3. наличие пигментированного пятна значительных размеров на контактной поверхности

4. появление мелового участка эмали в области перехода щечной или оральной поверхности в контактную

788. Пятна при быстром развитии кариеса:

1. меловидные, зондирование безболезненно
2. блестящие, зондирование безболезненно
3. пигментированные, зондирование болезненно
4. меловидные, зондирование болезненно

789. Географический язык характеризуется клиническими признаками:

1. неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
2. нитевидные сосочки темного цвета, резко увеличены в размере
3. глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
4. плотный темно-коричневый налет на спинке языка

790. Клиническая картина эрозии зуба – это:

1. овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки
2. дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
3. дефект в форме клина у шеек зубов на щечных губных поверхностях
4. потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта

791. Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен:

1. раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
2. повышением температуры тела
3. понижением гидростатического давления в полости зуба
4. уменьшением количества вазоактивных веществ

792. К острым травмирующим факторам относят:

1. случайное прикусывание
2. действие микропротезов
3. балансирующий съемный протез
4. нависающие края пломбы

793. Чувство «выросшего» зуба связано с:

1. скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта
2. разволокнением и частичным разрушением фиброзных коллагеновых волокон
3. гиперемией и отеком десны
4. избыточной нагрузкой на зуб

794. Ранним клиническим признаком воспаления пародонта является:

1. симптом кровоточивости десны
2. клинический карман глубиной 3 мм
3. патологическая подвижность зуба
4. изменение цвета и формы десневого сосочка

795. Регионарные лимфатические узлы при травматической язве в полости рта:

1. увеличенные, болезненные, мягкие, подвижные
2. увеличенные, безболезненные, плотно-эластичные, подвижные
3. увеличенные, безболезненные, плотные, спаянные
4. не увеличенные, болезненные, плотные, спаянные

796. Фактор, способствующий развитию локального хронического гингивита:

1. нависающий край пломбы
2. заболевание крови
3. гиповитаминоз С
4. низкое содержание фторида в питьевой воде

797. При кандидозе в соскобах обнаруживаются:

1. почкующиеся клетки грибов Candida
2. гигантские эпителиальные клетки
3. многоядерные клетки
4. микобактерии

798. Поверхностные грибковые поражения слизистой оболочки полости рта вызывают:

1. грибы рода Candida
2. эпидермофиты
3. актиномицеты
4. трихофиты

799. Диагностическими клетками при истинной пузырчатке являются клетки:

1. Тцанка
2. Лангханса
3. атипичные
4. гигантские многоядерные

800. Неполное ороговение клеток шиповатого слоя – это:

1. паракератоз
2. акантоз
3. спонгиоз
4. гиперкератоз

801. Основным гистологическим признаком флюороза зубов является:

1. «муаровая эмаль»
2. гиперминерализация эмали
3. гипоминерализация эмали
4. деминерализация эмали

802. При остром герпетическом стоматите в мазках содержимого пузырьков и соскобов с поверхности афт в первые 2-4 дня заболевания обнаруживаются:

1. гигантские многоядерные клетки
2. туберкулезные микобактерии
3. почкующиеся клетки
4. фузобактерии

803. В цитологическом материале с эрозии при плоском лишае выявляют:

1. картину неспецифического воспаления
2. акантолиз
3. фузоспирахитоз
4. картину специфического воспаления

804. Поляризационная микроскопия выделяет при кариесе в стадии пятна очаг в форме:

1. треугольника
2. круга
3. трапеции
4. овала

805. Кариес в стадии пятна характеризуется:

1. подповерхностной деминерализацией
2. некрозом эмали
3. нарушением формирования эмали
4. поверхностной деминерализацией

806. Основным гистологическим признаком эрозии эмали является:

1. поверхностная деминерализация эмали
2. подповерхностная деминерализация эмали
3. «муаровая эмаль»
4. «мраморная эмаль»

807. Ведущая роль в возникновении периодонтита принадлежит микроорганизмам:

1. стрептококкам
2. фузобактериям
3. актиномицетам
4. энтерококкам

808. По прицельной дентальной рентгенограмме можно проанализировать состояние костной ткани альвеолярного отростка в области:

1. межзубных перегородок
2. небных стенок
3. щечных стенок
4. язычных стенок

809. Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок более 1/2 - рентгенологический признак:

1. пародонтоза тяжелой степени
2. пародонтита средней степени
3. пародонтита тяжелой степени
4. пародонтоза средней степени

810. Рентгенологическая картина хронического периодонтита характеризуется:

1. деформацией периодонтальной щели в виде расширения у верхушки корня
2. отсутствием изменений в периапикальной области
3. наличием признаков остеопороза в периапикальной области
4. отсутствием периодонтальной щели

811. На рентгенограмме при гипертрофическом гингивите резорбция межальвеолярной перегородки:

1. отсутствует
2. присутствует и распространяется на 1/3 длины корня зуба
3. присутствует и распространяется на 2/3 длины корня зуба
4. присутствует и распространяется на 3/4 длины корня зуба

812. Изменения костной ткани межзубных перегородок на рентгенограммах выявляются при:

1. локализованном пародонтите
2. генерализованном гингивите
3. локализованном гингивите
4. атрофическом гингивите

813. Первые признаки заболевания, его течение, лечение и его эффективность регистрируют в графе медицинской карты:

1. развитие настоящего заболевания
2. перенесенные и сопутствующие заболевания
3. жалобы больного
4. данные объективного исследования

814. Общее состояние больного регистрируют в графе медицинской карты:

1. перенесенные и сопутствующие заболевания
2. жалобы больного
3. развитие настоящего заболевания
4. данные объективного исследования

815. Состояние лимфатических узлов челюстно-лицевой области оценивают при:

1. внешнем осмотре
2. осмотре полости рта
3. перкуссии
4. расспросе

816. Основные методы обследования стоматологического больного:

1. перкуссия и зондирование
2. рентгенография
3. лабораторный анализ
4. ЭОД

817. Основные методы обследования стоматологического больного:

1. осмотр
2. лабораторный анализ
3. рентгенография
4. ЭОД

818. Пальпацию проводят для:

1. определения состояния регионарных лимфатических узлов
2. выявления сообщения кариозной полости с полостью зуба
3. обнаружения кариозной полости
4. определения размеров кариозной полости

819. Для выяснения жалоб больного проводят:

1. расспрос
2. перкуссиию
3. осмотр
4. аускультацию

820. состояние кожных покровов и видимых слизистых челюстно-лицевой области оценивают при

1. внешнем осмотре
2. осмотре полости рта
3. пальпации
4. расспросе

821. Обнаружить кариозную полость возможно при:

1. зондировании
2. внешнем осмотре
3. перкуссии

#### 4. лабораторном анализе

822. Для определения гигиенического состояния полости рта проводят:

1. окрашивание налета
2. пальпацию
3. перкуссию
4. зондирование

823. Для осмотра зубов необходимы:

1. зонд и зеркало
2. пинцет и экскаватор
3. шпатель и гладилка
4. скальпель и элеватор

824. Осмотр зубов:

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

825. Пальпация:

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

826. Перкуссия зуба:

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

827. Подвижность зуба:

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

828. Люминесцентная диагностика основана на изменении:

1. оптических свойств эмали (кристаллы преломляют свет)
2. органических составляющих эмали при патологических процессах
3. проницаемости эмали
4. проницаемости дентина

829. Зубной налет окрашивают при определении индексов:

1. гигиены
2. КПУ (кариес, пломба, удаленный зуб)
3. РМА
4. РІ

830. Температурная диагностика основана на:

1. способности пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния

2. на способности тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
3. способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)
4. прохождении через объект исследования безвредного для организма холодного луча света

831. При проведении температурной пробы раздражитель помещают:

1. непосредственно в кариозную полость
2. на сохранившуюся эмаль в пришеечной области коронки зуба
3. на область бугров
4. на экватор

832. ЭОД основана на:

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

833. Рентгенологическое исследование:

1. степень прохождения лучей, в зависимости от плотности тканей на исследуемом участке
2. способность тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
3. способность живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)
4. способность пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния

834. Трансиллюминационный метод:

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

835. Температурная проба:

1. определение реакции зуба на холодовые раздражители
2. оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
3. определение отклонения зуба по оси
4. ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей

836. люминесцентная диагностика основана на

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

837. Дополнительные методы исследования стоматологического больного:

1. ЭОД
2. внешний осмотр
3. зондирование
4. пальпация

838. Радиационный некроз твердых тканей характеризуется:

1. отсутствием боли
2. болью от химических раздражителей
3. болью от механических раздражителей
4. болью от температурных раздражителей

839. Наиболее характерный симптом кислотного некроза:

1. «слипание зубов»
2. чувство «оскомины»
3. боль от химических раздражителей
4. боль от температурных раздражителей

840. Внешние факторы, влияющие на изменение цвета зубов:

1. пищевые продукты и лекарственные средства для полоскания полости рта
2. гибель пульпы
3. длительный прием антибиотиков тетрациклинового ряда
4. кровоизлияния в пульпу

841. Сходство жалоб больного при кариесе дентина (средняя кариозная полость) и хроническом периодонтите:

1. отсутствие жалоб
2. боли от температурных раздражителей
3. боли при накусывании
4. боли от химических раздражителей

842. Безболезненность при кариесе дентина обусловлена:

1. разрушением наиболее чувствительной зоны (эмлево-дентинного соединения)
2. отсутствием чувствительной иннервации в дентине
3. некрозом пульпы
4. образованием заместительного дентина

843. При глубокой кариозной полости пациент жалуется на боль:

1. от температурных раздражителей
2. от химических раздражителей
3. самопроизвольную боль
4. при накусывании на зуб

844. При глубокой кариозной полости пациент жалуется на боль:

1. от температурных раздражителей, которая прекращается после устранения раздражителей
2. от температурных раздражителей, которая сохраняется после устранения раздражителей
3. от химических раздражителей, которая сохраняется после устранения раздражителей
4. на самопроизвольную боль

845. Воспаление пульпы в течение 48 ч после альтерации носит характер:

1. острого начального пульпита
2. острого гнойного пульпита

3. хронического пульпита
4. хронического язвенного пульпита

846. Сохранение боли после устранения раздражителя характерно для:

1. хронического пульпита
2. кариеса эмали
3. кариеса дентина
4. хронического периодонтита

847. Приступы самопроизвольной боли возникают при:

1. остром пульпите
2. кариесе дентина
3. хроническом пульпите
4. остром периодонтите

848. Самопроизвольная боль, боль от всех видов раздражителей, ночная приступообразная боль в течение 10–30 мин характерна для:

1. острого пульпита
2. острого гнойного пульпита
3. хронического пульпита
4. хронического язвенного пульпита

849. Приступообразная боль, интенсивная ночная боль с короткими светлыми промежутками, с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва характеризует:

1. острый гнойный пульпит
2. острый пульпит
3. острый периодонтит
4. хронический пульпит

850. Боль при пульпите зубов верхней челюсти иррадирует в:

1. висок, надбровную и скуловую область, зубы нижней челюсти
2. затылок, ухо, поднижнечелюстную область, висок, зубы верхней челюсти
3. шею, глаз, надбровную область
4. язык, глотку, ухо, поднижнечелюстную область

851. Боль при пульпите зубов нижней челюсти иррадирует в:

1. затылок, ухо, поднижнечелюстную область, висок, зубы верхней челюсти
2. висок, надбровную и скуловую область, зубы нижней челюсти
3. шею, глаз, надбровную область
4. язык, глотку, ухо, поднижнечелюстную область

852. Продолжительность боли до 2 суток характерна для:

1. острого пульпита
2. острого гнойного пульпита
3. хронического гипертрофического пульпита
4. хронического язвенного (гангренозного) пульпита

853. Воспаление пульпы через 48 ч после альтерации носит характер:

1. острого гнойного пульпита
2. острого пульпита
3. хронического пульпита
4. хронического язвенного (гангренозного) пульпита

854. Для хронического пульпита (в стадии обострения) характерна:

1. ноющая боль от разных раздражителей, преимущественно от горячего, сохраняющаяся после их устранения, боль от смены окружающей температуры
2. самопроизвольная приступообразная боль в зубе, продолжительная боль от внешних раздражителей, боль при накусывании на зуб при аналогичных жалобах в прошлом
3. ноющая боль от разных раздражителей, кровоточивость при приеме пищи
4. приступообразная боль от всех раздражителей, сохраняющаяся после их устранения

855. Интенсивная приступообразная ночная боль с короткими светлыми промежутками и иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва характерна для:

1. острого гнойного пульпита
2. острого пульпита
3. острого периодонтита
4. хронического пульпита

856. Ноющая боль, дискомфорт от температурных раздражителей, ноющая боль при смене наружной температуры:

1. хронический пульпит
2. острый гнойный пульпит
3. острый пульпит
4. хронический язвенный пульпит

857. Боль от различных раздражителей (главным образом от горячего) наблюдают при:

1. хроническом язвенном пульпите
2. кариесе цемента корня
3. хроническом пульпите
4. кариесе дентина

858. Незначительно болезненное зондирование широко вскрытой полости зуба, кровоточивость при зондировании — симптом пульпита:

1. хронического
2. острого гнойного
3. острого
4. хронического язвенного

859. Боль при накусывании при остром апикальном периодонтите (фаза интоксикации периодонта) связана с:

1. ацидозом
2. отеком соединительной ткани
3. накоплением эндотоксинов в тканях
4. разволокнением коллагеновых волокон

860. Чувство «выросшего» зуба («удлинение» зуба) связано с:

1. скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта
2. отеком и гиперемией в периапикальных тканях
3. гиперемией и отеком десны
4. избыточной нагрузкой на зуб

861. Ноющая боль, усиливающаяся при накусывании на зуб без рентгенологических признаков апикального периодонтита характерна для:

1. острого апикального периодонтита пульпарного происхождения (фаза интоксикации периодонта)
2. острого апикального периодонтита (фаза экссудации)
3. хронического периодонтита

4. обострения хронического периодонтита

862. Ноющая боль, которая усиливается при накусывании на зуб, - симптом:

1. интоксикации периодонта после девитализации пульпы мышьяковистой пастой
2. кариеса
3. острого пульпита
4. хронического пульпита (ремиссия)

863. Отсутствие боли в области причинного зуба, изменение конфигурации лица:

1. подслизистый абсцесс
2. острый периодонтит в фазе интоксикации периодонта
3. острый периодонтит в фазе экссудации
4. обострение хронического гангренозного пульпита

864. Повышение температуры тела характерно для:

1. периапикального абсцесса без свища
2. хронического пульпита
3. острого пульпита
4. кариеса

865. Скучная клиническая картина характерна для:

1. периапикального абсцесса со свищем
2. хронической апикальной гранулемы
3. острого периодонтита
4. острого пульпита

866. Перкуссией зуба оценивают состояние:

1. периодонта
2. пульпы
3. костной ткани челюстей
4. десны

867. Состояние кожных покровов и видимых слизистых челюстно-лицевой области оценивают при:

1. внешнем осмотре
2. осмотре полости рта
3. пальпации
4. расспросе

868. Жалобы на боль от химических раздражителей, проходящая после их устранения — симптом:

1. кариеса
2. пульпита
3. периодонтита
4. альвеолита

869. При кариесе эмали пациент жалуется на боль:

1. от температурных и химических раздражителей, проходящую после их устранения
2. от температурных и химических раздражителей, сохраняющуюся после их устранения
3. при накусывании на зуб
4. ночную

870. При кариесе эмали пациент жалуется в основном на боль:

1. от химических раздражителей
2. от температурных раздражителей

3. при накусывании на зуб
4. ночную

871. Электровозбудимость пульпы при кариесе эмали:

1. 2–6 мкА
2. 10–12 мкА
3. 25–30 мкА
4. 100 мкА

872. Жалобы на боль от температурных раздражителей, проходящая после их устранения, характерна для:

1. гиперемии пульпы
2. хронического пульпита
3. острого пульпита
4. острого периодонтита

873. Кариес эмали в стадии пятна диагностируют на основании:

1. высушивания и окрашивания пятна
2. ЭОД
3. рентгенодиагностики
4. зондирования поверхности пятна

874. Для кариеса дентина характерно:

1. кариозная полость средних размеров в эмали и дентине
2. кариозная полость в пределах эмали
3. пигментированное пятно
4. глубокая кариозная полость

875. Глубокий кариес соответствует по МКБ-10:

1. гиперемии пульпы
2. кариесу дентина
3. кариесу цемента
4. кариесу эмали

876. Методы диагностики кариеса эмали в стадии пятна основаны на:

1. изменении оптических свойств эмали
2. уменьшении проницаемости эмали
3. увеличении проницаемости эмали
4. стабильности эмали

877. Размеры очага пигментации эмали, требующие динамического наблюдения:

1. 0,5–1 мм<sup>2</sup>
2. 1–1,5 мм<sup>2</sup>
3. 1,5–2 мм<sup>2</sup>
4. 2–2,5 мм<sup>2</sup>

878. Дифференциальную диагностику кариеса дентина проводят с:

1. гиперемией пульпы
2. хроническим пульпитом
3. флюорозом
4. острым диффузным пульпитом

879. Дифференциальную диагностику бессимптомного течения кариеса дентина проводят с:

1. хроническим фиброзным периодонтитом
2. хроническим гранулематозным периодонтитом
3. деструктивной формой флюороза
4. кариесом в стадии пятна

880. Дифференциальную диагностику кариеса эмали проводят с:

1. эрозией эмали
2. хроническим периодонтитом
3. кислотным некрозом
4. острым пульпитом

881. Дифференциальную диагностику кариеса эмали проводят с:

1. клиновидным дефектом
2. острым пульпитом
3. хроническим периодонтитом
4. гиперемией пульпы

882. Дифференциальную диагностику кариеса в стадии пятна проводят с:

1. гипоплазией эмали
2. гиперемией пульпы
3. очаговым пульпитом
4. кариесом дентина

883. Дифференциальную диагностику кариеса дентина проводят с:

1. хроническим периодонтитом
2. острым пульпитом
3. эрозией эмали
4. флюорозом

884. Дифференциальную диагностику кариеса цемента проводят с:

1. клиновидным дефектом
2. деструктивной формой флюороза
3. хроническим периодонтитом
4. кариесом эмали

885. Хронический гиперпластический пульпит дифференцируют с:

1. гипертрофией десневого сосочка
2. хроническим гангренозным пульпитом
3. острым пульпитом
4. хроническим периодонтитом

886. гипоплазия эмали сопровождается

1. нарушениями образования и развития эмали и дентина зуба
2. выраженной гиперестезией
3. изменениями в периодонте
4. изменениями окклюзии

887. Гипоплазия постоянных зубов у детей развивается в период:

1. формирования и минерализации зубов
2. закладки зубов
3. прорезывания зубов
4. дифференцировки зубных зачатков

888. При введении больших доз тетрациклина меняется:

1. цвет эмали зубов
2. блеск эмали зубов
3. форма зуба
4. структура (недоразвитие эмали)

889. Системность поражения зубов всегда характерна для:

1. гипоплазии
2. кариеса
3. пульпита
4. эрозии зубов

890. Причина системной гипоплазии постоянных зубов:

1. заболевания ребенка в первый год после рождения
2. заболевания матери в период беременности
3. генетические факторы
4. высокое содержание фтора в питьевой воде

891. Причина местной гипоплазии эмали:

1. периодонтит молочного зуба
2. генетические факторы
3. заболевания ребенка после рождения
4. низкое содержание фтора в питьевой воде

982. Пятнистая форма гипоплазии характеризуется изменениями эмали в виде:

1. пятен с четкими границами
2. пятен с нечеткими границами
3. бороздок
4. волнистой эмали

893. Недоразвитие эмали проявляется:

1. бороздками, точечными углублениями
2. пятнами с нечеткими границами
3. пятнами с четкими границами
4. отсутствием эмали

894. Тяжелая степень гипоплазии проявляется:

1. отсутствием эмали
2. пятнами с нечеткими границами
3. бороздками
4. пятнами с четкими границами

895. Причина местной гипоплазии эмали:

1. травма зачатка постоянного зуба
2. генетические факторы
3. заболевания ребенка после рождения
4. низкое содержание фтора в питьевой воде

896. Недостаточное образование эмали характерно для:

1. гипоплазии
2. эрозии
3. стирания
4. гипокальцификации

897. Пятно при гипоплазии выглядит как:

1. блестящее с четкими границами
2. матовое с нечеткими границами
3. окрашивается красителями
4. выявляется на рентгенограмме

898. Болезни (рахит, туберкулез) могут быть причиной:

1. гипоплазии
2. сверхкомплектных зубов
3. эрозии
4. стирания

899. Зубы Фурнье (отверткообразные коронки центральных резцов без полулунной вырезки) — проявление:

1. системной гипоплазии
2. местной гипоплазии
3. флюороза
4. стирания

900. Причина флюороза:

1. высокое содержание фтора в питьевой воде
2. заболевание ребенка в первый год жизни
3. заболевания матери в период беременности
4. низкое содержание фтора в воде

901. Штриховая форма флюороза характеризуется:

1. небольшими меловидными полосками-штрихами
2. хорошо выраженными меловидными пятнами без полосок
3. хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
4. наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с ее отсутствием

902. Пятнистая форма флюороза характеризуется:

1. хорошо выраженными меловидными пятнами без полосок
2. небольшими меловидными полосками-штрихами
3. хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
4. наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с ее отсутствием

903. Меловидно-крапчатая форма флюороза характеризуется:

1. хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
2. небольшими меловидными полосками-штрихами
3. хорошо выраженными меловидными пятнами без полосок
4. наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с ее отсутствием

904. Эрозивная форма флюороза характеризуется:

1. наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с ее отсутствием
2. небольшими меловидными полосками-штрихами
3. хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
4. хорошо выраженными меловидными пятнами без полосок

905. Деструктивная форма флюороза характеризуется:

1. изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания
2. небольшими меловидными полосками-штрихами

3. хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
4. наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с ее отсутствием

906. Формы флюороза, протекающие с потерей тканей:

1. эрозивная
2. пятнистая
3. штриховая
4. меловидно-крапчатая

907. Патологические изменения при флюорозе возникают в результате нарушения функции:

1. амелобластов
2. одонтобластов
3. остеобластов
4. цементобластов

908. Изменение цвета эмали при флюорозе связано с:

1. уменьшением плотности наружного слоя эмали
2. увеличением плотности наружного слоя эмали
3. стабильностью плотности наружного слоя эмали
4. уменьшением плотности подповерхностного слоя эмали

909. Пятна при флюорозе расположены:

1. на всей поверхности коронки зуба
2. на режущем крае
3. в пришеечной области
4. на контактных поверхностях

910. Выраженность степени флюороза зависит от:

1. климата (жаркий, холодный)
2. рациона питания
3. наследственных заболеваний
4. состояния здоровья

911. Несовершенный амелогенез:

1. нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
2. порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
3. сращение, слияние и раздвоение зубов
4. эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде

912. Аплазия эмали на губной поверхности коронки зуба с гиперестезией открытых участков дентина:

1. гипокальцифицированный неполноценный амелогенез
2. гипоматурационный (несозревший) неполноценный амелогенез
3. гипопластический неполноценный амелогенез
4. комбинационный неполноценный амелогенез

913. «Гипсовые» зубы — один из симптомов:

1. несовершенного амелогенеза
2. гипоплазии эмали
3. флюороза
4. несовершенного дентиногенеза

914. При несовершенном дентиногенезе (синдром Стейнтона–Капдепона) поражены:

1. все молочные и постоянные зубы
2. молочные и постоянные премоляры
3. молочные и постоянные моляры
4. молочные и постоянные резцы

915. Клинические признаки синдрома Стейнтона–Капдепона:

1. стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы
2. кариозные полости
3. «рифленные» зубы
4. «гипсовые» зубы

916. Недостаточное образование эмали:

1. гипоплазия
2. эрозия
3. стирание
4. кариес

917. Клиническая картина клиновидного дефекта:

1. дефект в форме клина у шеек зубов на щечных и губных поверхностях
2. дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
3. овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки
4. потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта

918. Повышенная чувствительность твердых тканей зуба к механическим, химическим и температурным раздражителям:

1. гиперестезия
2. гипоплазия
3. флюороз
4. кариес

919. Клиновидные дефекты наиболее выражены на:

1. клыках и премолярах верхней и нижней челюсти
2. молярах нижней челюсти
3. молярах верхней и нижней челюсти
4. молярах верхней челюсти

920. Интенсивная убыль твердых тканей одного зуба, группы зубов или всех зубов:

1. патологическое стирание
2. гипопластический неполноценный амелогенез
3. гипоплазия
4. кариес

921. Клиническая картина эрозии зуба:

1. овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки
2. дефект в форме клина у шеек зубов на щечных и губных поверхностях
3. дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
4. потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта

922. II степень эрозии зубов:

1. поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения

2. поражение только поверхностных слоев эмали
3. поражение глубоких слоев дентина
4. убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности

923. III степень эрозии зубов:

1. поражение поверхностных слоев дентина
2. поражение только поверхностных слоев эмали
3. поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения
4. убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности

924. Активная стадия эрозии зубов:

1. убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности
2. поражение поверхностных слоев эмали
3. поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения
4. убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налета и гиперестезии

925. Стабилизированная стадия эрозии зубов:

1. убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налета и гиперестезии
2. поражение поверхностных слоев эмали
3. убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности
4. поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения

926. Эрозия твердых тканей не образуется на поверхностях:

1. резцов и моляров нижней челюсти
2. клыков и премоляров нижней челюсти
3. клыков и премоляров верхней челюсти
4. центральных, боковых резцов верхней челюсти

927. Зондирование дает возможность:

1. обнаружить кариозную полость
2. определить состояние сосочков языка
3. оценить состояние верхушечного периодонта
4. выявить патологию прикуса

928. Болезненность зондирования дна кариозной полости — общий симптом для:

1. кариеса дентина и гиперемии пульпы
2. хронического язвенного пульпита и острого гнойного пульпита
3. кариеса эмали и гипоплазии
4. хронического гиперпластического пульпита и хронического периодонтита

929. Глубокая кариозная полость и отсутствие сообщения с полостью зуба — общее для:

1. гиперемии пульпы и острого пульпита
2. кариеса дентина и клиновидного дефекта
3. хронического пульпита и хронического периодонтита
4. кариеса эмали и гипоплазии

930. Рецидив кариеса:

1. возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
2. новые кариозные поражения рядом с пломбой в ранее леченом зубе
3. средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином
4. обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина

931. Зондирование глубокой кариозной полости болезненно:

1. по дну
2. по стенкам (эмалево-дентинное соединение)
3. в пришеечной области
4. по эмали

932. Зондирование кариозной полости средних размеров болезненно в области:

1. стенок (эмалево-дентинное соединение)
2. дна
3. в пришеечной области
4. эмали

933. Зондирование стенок кариозной полости при бессимптомном течении кариеса:

1. безболезненно
2. болезненно
3. слабо болезненно
4. резко болезненно

934. Одно из условий возникновения кариеса корня:

1. обнажение корней зубов
2. повышение вязкости ротовой жидкости
3. снижение вязкости ротовой жидкости
4. наличие наследственных заболеваний

935. Лейкоцитоз, увеличение СОЭ, повышение температуры тела отмечают при:

1. хронического апикального периодонтита (стадия обострения)
2. хронического пульпита (стадия обострения)
3. кариесе
4. хроническом периодонтите (ремиссия)

936. Появление свища с выделением гнойного экссудата характерно для:

1. периапикального абсцесса со свищем
2. острого периодонтита
3. хронического пульпита
4. периапикального абсцесса без свища

937. Скучная клиническая картина характерна для:

1. периапикального абсцесса со свищем
2. хронической апикальной гранулемы
3. острого периодонтита
4. острого пульпита

938. Отсутствие клинической картины характерно для:

1. хронического апикального периодонтита
2. острого периодонтита
3. периапикального абсцесса без свища
4. острого пульпита

939. При остром пульпите зондирование кариозной полости наиболее болезненно:

1. в проекции одного из рогов пульпы
2. по всему дну
3. по эмалево-дентинному соединению
4. в пришеечной области

940. Обширное сообщение кариозной полости с полостью зуба, практически безболезненное зондирование коронковой пульпы — симптом пульпита:

1. хронического язвенного
2. хронического
3. хронического гиперпластического
4. острого гнойного

941. Слабо болезненное зондирование широко раскрытой полости зуба, кровоточивость при зондировании — симптом пульпита:

1. хронического гиперпластического
2. хронического
3. острого гнойного
4. хронического язвенного

942. Болезненное зондирование дна кариозной полости, точечное вскрытие полости зуба характерны для пульпита:

1. хронического
2. острого гнойного
3. острого
4. хронического гипертрофического

943. ЭОД точно оценивает состояние:

1. пульпы
2. периодонта
3. эмали
4. дентина

944. Рентгенография позволяет определить:

1. скрытые кариозные полости
2. состояние пульпы зуба
3. состояние слизистой оболочки рта
4. состояние кровотока в зубах, челюстях, мягких тканях

945. Рентгенография позволяет определить:

1. состояние периодонта зуба
2. состав пломбировочного материала
3. состояние слизистой оболочки рта
4. состояние кровотока в зубах, челюстях, мягких тканях

946. Данные электроодонтодиагностики при кариесе дентина (средняя кариозная полость):

1. 2–6 мка
2. 10–12 мка
3. 25–30 мка
4. 100 мка

947. Для точной диагностики кариеса дентина при бессимптомном течении необходимы:

1. электроодонтодиагностика

2. зондирование
3. перкуссия
4. рентгенография

948. ЭОД при глубокой кариозной полости:

1. 10–12 мка
2. 2–6 мка
3. 25–30 мка
4. 100 мка

949. Детектор кариеса используют для выявления:

1. кариозного дентина
2. вторичного дентина
3. иррегулярного дентина
4. третичного дентина

950. При зондировании кариозной полости на поверхности цемента выявляют:

1. гладкую поверхность
2. мягкоэластическую консистенцию очага
3. фиксацию зонда в фиссуре
4. дефект средних размеров в эмали и дентине

951. Электровозбудимость пульпы при остром гнойном пульпите (МКА):

1. 25-35
2. 10–12
3. 15–25
4. 2–6

952. Рентгенологические изменения встречаются у 30% больных при пульпите:

1. хроническом
2. остром гнойном
3. остром
4. хроническом язвенном

953. Рентгенологические изменения встречаются у 50% больных при пульпите:

1. хроническом язвенном
2. остром гнойном
3. хроническом
4. остром

954. Электровозбудимость пульпы при хроническом фиброзном пульпите (МКА):

1. 40–60
2. 10–12
3. 30–40
4. 2–6

955. Электровозбудимость пульпы при хроническом язвенном пульпите (МКА):

1. 40–90
2. 15–25
3. 30–60
4. 10–12

956. Для определения формы хронического периодонтита необходима:

1. рентгенография
2. реопародонтография
3. ЭОД
4. реоплетизмография

957. Лейкоцитоз, увеличение СОЭ, повышение температуры тела отмечают при:

1. периапикальном абсцессе без свища
2. хроническом пульпите
3. кариесе
4. остром пульпите

958. Расширение периодонтальной щели - рентгенологический симптом:

1. хронического язвенного пульпита (50%)
2. острого пульпита
3. хронической апикальной гранулемы
4. кариеса

959. Расширение периодонтальной щели - рентгенологический симптом:

1. хронического фиброзного пульпита (30%)
2. острого пульпита
3. хронической апикальной гранулемы
4. кариеса

960. Расширение периодонтальной щели - рентгенологический симптом:

1. гипертрофии периодонта в результате перегрузки
2. острого пульпита
3. хронической апикальной гранулемы
4. кариеса

961. При наличии свищевого хода в области фронтальных зубов электрофорез причинного зуба проводится с:

1. 5% раствором йод-йодида-калия
2. 3-5% раствором нитрата серебра
3. насыщенным раствором йодида калия
4. гидроксидом меди-кальция

962. Количество процедур, составляющих курс УВЧ-терапии при лечении острых воспалительных процессов:

1. 3-5
2. 6-10
3. 11-12
4. 16-20

963. При лечении непроходимых корневых каналов наилучший эффект имеет метод:

1. депофорез
2. электрофорез
3. диатермокоагуляция
4. резорцин-формалиновый

964. Электрофорез йода показан при:

1. медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите
2. остром периодонтите
3. хроническом фиброзном пульпите

4. любой форме хронического периодонтита с непроходимыми корневыми каналами

965. Флюктуоризацию целесообразно назначать при:

1. остром периодонтите
2. кариесе зубов
3. хроническом периодонтите
4. хроническом пульпите

966. Физиотерапия не показана при:

1. идиопатическом заболевании с прогрессирующим лизисом тканей пародонта
2. гипертрофическом гингивите
3. хроническом пародонтите
4. пародонтозе

967. Первым этапом лечения обострения хронического катарального гингивита является:

1. профессиональная гигиена
2. гингивэктомия
3. общая антибиотикотерапия
4. кюретаж

968. Для уменьшения чувствительности зубов рекомендовано:

1. проведение реминерализующей терапии
2. уменьшение частоты индивидуальной гигиены
3. окклюзионное регулирование
4. системное использование препаратов фтора

969. Первым этапом лечения пародонтита является:

1. профессиональная гигиена полости рта
2. медикаментозное противовоспалительное лечение
3. хирургическое лечение
4. ортопедическое лечение

970. Продолжительность острого апикального периодонтита составляет:

1. 2-14 дней
2. 15-18 дней
3. 20-24 дня
4. 26-30 дней

971. Оценка результата лечения периодонтита проводится через:

1. 9-12 месяцев
2. 3-4 месяца
3. 5-6 месяцев
4. 6-8 месяцев

972. Успех лечения травматических эрозий и декубитальных язв определяет:

1. устранение травмирующего слизистую оболочку фактора
2. выбор местнообезболивающих средств
3. применение кератопластических средств
4. применение антибактериальных препаратов

973. Тактика лечения при остром токсическом периодонтите:

1. удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, ввести в каналы обезболивающий препарат под повязку

2. удалить повязку, коронковую пульпу, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания
3. удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания
4. удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, канал запломбировать пастой на масляной основе

974. Лечение язвенно-некротического гингивита предусматривает:

1. обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, использование антибактериальных средств
2. гигиену полости рта, удаление зубных отложений, использование склерозирующих средств, физиотерапию
3. гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
4. устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа

975. С целью профилактики обострений при частых рецидивах герпетического стоматита применяется:

1. культуральная инактивированная герпетическая вакцина
2. интерферон лейкоцитарный
3. кислота аскорбиновая
4. гистаглобулин

976. С целью удлинения периода ремиссии при рецидивирующем герпесе рекомендуется:

1. стимуляция выработки эндогенного интерферона
2. блокада Н-холинорецепторов
3. седативное воздействие на ЦНС
4. прием антигистаминных препаратов

977. Критерием окончательного препарирования кариозной полости является наличие:

1. светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости без окрашивания детектором кариеса
2. размягченного дентина на дне и стенках кариозной полости
3. плотного пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости
4. светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости, окрашивающегося детектором кариеса

978. При лечении острого периодонтита в стадии выраженного экссудативного процесса в первое посещение предупреждению воспалительных заболеваний пародонта в большей мере способствует:

1. рациональная гигиена полости рта
2. покрытие зубов фторлаком
3. реминерализирующая терапия
4. прием витаминов

979. При депульпировании резцов нижней челюсти используют анестезию:

1. инфильтрационную с вестибулярной стороны
2. инфильтрационную с язычной стороны
3. инфраорбитальную
4. палатинальную

980. Корневой канал при воспалении пульпы пломбируют:

1. до физиологической верхушки
2. до анатомической верхушки

3. не доходя 2 мм до апикального отверстия
4. на 2/3 длины канала

981. Обтурация корневых каналов системой Термафил предполагает введение в канал:

1. разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
2. одного центрального штифта
3. нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
4. пломбирочного материала пастообразной консистенции

982. Лечение пародонтита тяжелой степени в стадии обострения начинается с:

1. кюретажа
2. общей антибактериальной терапии
3. лоскутной операции
4. направленной регенерации тканей

983. Целью некрэктомии при препарировании кариозной полости является:

1. исключение рецидива кариеса
2. создание контактного пункта
3. восстановление формы зуба
4. финирирование полости

984. При периапикальном абсцессе со свищем в первое посещение после эндодонтической обработки следует:

1. запломбировать корневой канал
2. оставить зуб открытым
3. наложить временную пломбу (повязку)
4. оставить турунду с протеолитическими ферментами

985. При лечении периодонтитов в зубах, «не выдержавших герметизма», с частично или полностью непроходимыми каналами, лучше всего назначить:

1. трансканальный электрофорез
2. антибиотики
3. гормональную терапию
4. резорцин-формалиновый метод

986. При лечении обострения хронического пульпита методом выбора является:

1. витальная экстирпация
2. биологический метод
3. витальная ампутация
4. девитальная ампутация

987. Коагуляцию корневой пульпы проводят в течение:

1. 3-4 сек
2. 4-6 сек
3. 6-8 сек
4. 8-10 сек

988. Для расширения устьев корневых каналов используют:

1. Gates-glidden
2. фиссурный бор
3. пиковидный бор
4. H-file

989. При механической обработке корневых каналов верхнего первого моляра наибольшие трудности представляет канал:

1. мезиальный щечный
2. дистальный небный
3. дистальный щечный
4. мезиальный небный

990. При лечении хронического периодонтита с плохо проходимыми каналами наиболее целесообразен метод:

1. депофореза гидроксида меди-кальция
2. резорцин-формалиновый
3. диатермокоагуляции
4. ультрафонофореза йодида калия

991. При лечении хронического периодонтита наиболее целесообразным является:

1. механическая и медикаментозная обработка канала с последующим пломбированием
2. резекция верхушки корня зуба
3. выведение зуба из окклюзии
4. применение одного из импрегнационных методов

992. При пломбировании кариозных полостей методом «закрытого сендвича» прокладка:

1. перекрывается композитом
2. не перекрывается композитом
3. накладывается на края полости
4. накладывается на стенки полости

993. К минимальному нагреву пульпы ведет препарирование:

1. прерывистое с охлаждением
2. непрерывное без охлаждения
3. непрерывное с охлаждением
4. прерывистое без охлаждения

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

1. увеличения площади сцепления
2. химической связи композиционного материала с эмалью
3. равномерного распределения нагрузки на ткани зуба
4. улучшения полирования композита

995. При применении одно- и двухкомпонентных адгезивных систем необходимо протравливать:

1. эмаль 30 сек., а дентин — 15 сек.
2. эмаль и дентин 15 сек.
3. эмаль 30-60 сек.
4. эмаль и дентин 30-60 сек.

996. При биологических методах лечения пульпита возникающие осложнения связаны с:

1. ошибками в диагнозе
2. неправильным выбором лекарственного препарата
3. плохой фиксацией пломбы
4. нарушением правил асептики

997. Сроки регенерации тканей периодонта сокращаются при применении:

1. пиримидиновых оснований
2. кортикостероидных гормонов

3. антибиотиков
4. ферментов

998. При сохранении постпломбировочной чувствительности более 2 недель необходимо:

1. перепломбировать зуб, используя прокладку из СИЦ
2. депульпировать зуб
3. тщательно отполировать пломбу
4. обработать реставрацию фторсодержащим препаратом

999. Наибольшие трудности для достижения верхушечного отверстия и подготовки к пломбированию 16 или 26 зуба представляет канал:

1. медиальный щечный
2. дистальный небный
3. дистальный щечный
4. небный

1000. Антисептики, содержащие хлоргексидин:

1. элюдрил и корсодил
2. эльгидиум и диоксиколь
3. пародиум и сангвиритрин
4. имудон и элюгель

1001. Основным действующим веществом препаратов для химического расширения каналов является:

1. этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)
2. 3% раствор гипохлорита натрия
3. оксиэтилендифосфоновая кислота (ксидифон)
4. раствор перекиси водорода

1002. При проведении пульпотомии применяют материалы:

1. гидрооксид кальция и слой стеклоиономерного цемента
2. цинк-оксид-эвгеноловую прокладку и слой лака
3. гидрооксид кальция и цинк-оксид-эвгеноловый цемент
4. гидрооксид кальция и слой цинк-фосфатного цемента

1003. Для остановки кровотечения в корневом канале можно использовать:

1. «Каталюгем»
2. ЭДТА
3. «Крезофен»
4. химотрипсин

1004. Препараты, обладающие одонтотропным действием:

1. содержащие гидроокись кальция
2. сульфаниламидные
3. кортикостероидные
4. эвгенолсодержащие

1005. Материалы для лечебных прокладок должны обеспечивать:

1. противовоспалительное, противомикробное, одонтотропное действие
2. прочную связь подлежащего дентина и пломбировочного материала
3. кондиционирование дентина
4. эстетику реставрации

1006. Для медленной девитализации пульпы используют пасту:

1. параформальдегидную
2. резорцинформалиновую
3. цинкоксидэвгеноловую
4. мышьяковистую

1007. В качестве противовоспалительного компонента в состав ополаскивателей для полости рта вводят:

1. ферменты и экстракты лечебных трав
2. этиловый спирт и вкусовые добавки
3. хлоргексидин и гипохлорид
4. антибиотики

1008. Средство местного лечения язвенно-некротического стоматита Венсана:

1. р-р 0,05% хлоргексидина
2. 20% р-р натрия бората в глицерине
3. 5% бутадионовая мазь
4. индометациновая мазь

1009. Для повышения процессов реминерализации эмали показаны:

1. препараты фтора
2. витамины
3. препараты, содержащие декстраназу
4. гормоны

1010. Реминерализующая терапия – это методика:

1. искусственного насыщения эмали минерализующими компонентами
2. устранения смазанного слоя
3. реставрации
4. искусственного насыщения эмали органическими компонентами

1011. Основными компонентами реминерализующей терапии являются:

1. кальций, фтор
2. натрий, магний
3. йод, бром
4. железо, стронций

1012. Об эффективности реминерализации можно судить по:

1. стабилизации или исчезновению белых пятен эмали, снижению прироста кариеса
2. увеличению прироста кариеса
3. появлению новых белых кариозных пятен
4. уменьшению воспаления тканей десны

1013. При лечении пульпита 1.6 зуба методом витальной экстирпации необходимо провести анестезию:

1. по переходной складке с вестибулярной стороны
2. с небной стороны
3. в области резцового отверстия
4. в области подглазничного отверстия

1014. Проведение биологического метода возможно при:

1. случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса дентина у пациентки 27 лет
2. остром пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет

3. остром пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом
4. случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа

1015. Метод тоннельного препарирования применяется для лечения кариозных полостей:

1. 2 класс по Блеку
2. 1 класс по Блеку
3. 3 класс по Блеку
4. 4 класс по Блеку

1016. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром (очаговом) пульпите:

1. сохранение жизнеспособности всей пульпы
2. девитализацию пульпы
3. витальную ампутацию
4. витальную экстирпацию

1017. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром (общем) пульпите:

1. витальную экстирпацию
2. девитализацию пульпы
3. сохранение жизнеспособности всей пульпы
4. витальную ампутацию

1018. При хроническом фиброзном пульпите лучше всего применить метод:

1. витальная экстирпация
2. сохранение жизнеспособности всей пульпы зуба
3. витальная ампутация
4. девитализация

1019. Наименьший коэффициент периапикального рассасывания дает метод пломбирования корневых каналов:

1. с использованием системы «Термафил»
2. центральным штифтом
3. пастой
4. с использованием серебряных штифтов

1020. Для лечения молочницы применяют мази:

1. клотримазол, нистатиновую
2. теброфеновую, оксолиновую
3. зовиракс, ацикловир
4. неомициновую, тетрациклиновую

1021. Средством местного лечения кандидоза является мазь:

1. «Канестен»
2. «Солкосерил»
3. оксолиновая
4. флореналовая

1022. К ремиссии истинной пузырчатки приводит лечение препаратами:

1. кортикостероидами
2. антибиотиками
3. транквилизаторами
4. противогрибковыми

1023. Для обработки полости рта при кандидозе необходимо:

1. удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, а затем канестеном или клотримазолом
2. обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника
3. провести антисептическую обработку, затем смазать неомициновой, синтомациновой мазями
4. обезболить слизистую оболочку, смазать мазью ацикловир

1024. Препарат для перорального введения при остром герпетическом стоматите в период высыпаний:

1. ацикловир
2. тетрациклин
3. сульфадиметоксин
4. нистатин

1025. При кандидозе для обработки полости рта используют раствор гидрокарбоната натрия:

1. 1 – 2%
2. 4-5 %
3. 7-9%
4. 10-15%

1026. Этиотропным средством лечения острого герпетического стоматита в период высыпания является:

1. противовирусное
2. жаропонижающее
3. антисептическое
4. кератопластическое

1027. Для обработки полости рта при кандидозе необходимо:

1. удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, затем канестеном или клотримазолом
2. обезболить, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника
3. провести антисептическую обработку, смазать неомициновой, синтомициновой мазями
4. обезболить, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, затем смазать кератопластическими средствами

1028. Основным методом лечения пузырчатки являются препараты:

1. кортикостероиды
2. анальгизирующие
3. антибиотики широкого спектра действия
4. кератопластики

1029. При опоясывающем лишае лечебные мероприятия направлены на:

1. блокаду вируса
2. выявление и устранение очагов хронической инфекции
3. укрепление сосудистой сети
4. эпителизацию

1030. Целью лечения кандидоза является:

1. восстановление нормальной микрофлоры
2. устранение очага инфекции
3. десенсибилизация организма

#### 4. устранение воспаления

1031. Тактика врача-стоматолога в отношении больного вульгарной пузырчаткой (в период ремиссии):

1. проведение санации полости рта
2. воздержание от лечения зубов
3. назначение антибиотиков
4. применение антисептиков

1032. Тактика врача – стоматолога в отношении больного вульгарной пузырчаткой (острый период):

1. направление к врачу-дерматологу
2. направление к врачу-венерологу
3. назначение кортикостероидных гормонов
4. назначение антибиотиков

1033. Для лечения молочницы нистатин назначают из расчета в суточной дозе на 1 кг массы тела:

1. 50 000 ЕД
2. 200 000 ЕД
3. 150 000 ЕД
4. 100 000 ЕД

1034. Для местного лечения кандидоза слизистой оболочки полости рта назначают:

1. 20% раствор тетрабората натрия в глицерине
2. лоридент С
3. солкосерил
4. флуцинар

1035. Тактикой врача при наличии свищевого хода при диагнозе периодонтальный абсцесс является:

1. провести под обезболиванием инструментальную и медикаментозную обработку и запломбировать канал
2. применить девитализирующую пасту, провести эндодонтическое лечение
3. оставить зуб открытым
4. провести временное пломбирование корневых каналов

1036. Согласно общему плану лечения, лечебные мероприятия (кроме неотложных случаев) нужно начинать с:

1. профессиональной гигиены полости рта
2. лечения заболеваний пародонта
3. выявления кариеса
4. эндодонтического лечения

1037. Критерием отбора зуба для лечения в одно посещение является:

1. острый пульпит в однокорневом зубе
2. язвенный пульпит в однокорневом зубе
3. хронический пульпит в многокорневом зубе
4. некроз пульпы в многокорневом зубе

1038. Чтобы снизить риск возможности перфорации искривленного канала необходимо:

1. заранее согнуть кончик инструмента перед введением в канал
2. выбрать инструмент соответственно толщине канала
3. отказаться от расширения канала
4. воспользоваться только химическими средствами расширения канала

1039. Биологический метод лечения возможен при:

1. случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 27 лет
2. остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет
3. остром очаговом пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом
4. случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа

1040. Биологический метод возможен при:

1. гиперимии пульпы у пациента 18 лет
2. остром гнойном пульпите многокорневого зуба у пациента 43 лет
3. остром начальном пульпите у пациента 20 лет с бронхиальной астмой
4. хроническом пульпите у пациента 23 лет

1041. Удаление пульпы (витальное, девитальное) показано при:

1. всех формах пульпита
2. хроническом язвенном пульпите
3. остром гнойном пульпите
4. хроническом пульпите

1042. Полное сохранение пульпы используют при:

1. гиперимии пульпы (глубоком кариесе)
2. остром гнойном пульпите
3. хроническом пульпите
4. при остром периодонтите

1043. Метод витальной ампутации применяют в:

1. молярах
2. резцах
3. клыках
4. премолярах

1044. Метод витальной ампутации противопоказан при:

1. остром гнойном пульпите
2. случайном вскрытии пульпы зуба
3. остром очаговом пульпите
4. неэффективности биологического метода

1045. Тактика врача при диффузии мышьяковистой кислоты в окружающие ткани:

1. удаление некротизированного участка, обработка антидотом
2. обработка некротизированного участка антисептиками и антибиотиками
3. удаление некротизированного участка
4. обработка некротизированного участка обезболивающими средствами

1046. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром пульпите:

1. витальную экстирпацию
2. девитализацию пульпы
3. удаление зуба
4. сохранение жизнеспособности всей пульпы

1047. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром гнойном пульпите:

1. витальную экстирпацию
2. сохранение жизнеспособности всей пульпы
3. витальную ампутацию

4. девитализацию пульпы

1048. При хроническом пульпите лучше всего применить:

1. витальную экстирпацию
2. витальную ампутацию
3. сохранение жизнеспособности всей пульпы
4. девитализацию

1049. При хроническом гиперпластическом пульпите наиболее рационален следующий метод лечения:

1. витальная экстирпация
2. витальная ампутация
3. сохранение жизнеспособности всей пульпы
4. девитализация

1050. При язвенно-некротическом пульпите коронковой пульпы наиболее рационален метод лечения:

1. витальная экстирпация с последующей антисептической обработкой каналов
2. витальная ампутация
3. девитализация
4. витальная экстирпация с диатермокоагуляцией пульпы

1051. Если произошла поломка инструмента при обработке, канала в первую очередь необходимо сделать:

1. рентгенографию зуба
2. информировать об этом пациента
3. измерить оставшуюся в руках часть инструмента
4. немедленно попытаться извлечь инструмент

1052. Абсолютным противопоказанием к эндодонтическому лечению является:

1. недавно перенесенный инфаркт миокарда
2. недостаточность функции надпочечников
3. лучевая терапия
4. сахарный диабет

1053. Тактика лечения в первое посещение постоянного однокорневого зуба, ставшего причиной острого гнойного периостита:

1. раскрытие полости зуба, обеспечение оттока экссудата
2. пломбирование канала и разрез по переходной складке
3. удаление зуба
4. назначение курса противовоспалительной терапии

1054. Для лечения гиперестезии используют:

1. реминерализующее лечение
2. изготовление искусственных коронок
3. удаление зубов
4. депульпирование зубов

1055. Внешние факторы, влияющие на изменение цвета зубов:

1. пищевые продукты и лекарственные средства для полоскания полости рта
2. гибель пульпы
3. эндодонтическое лечение
4. кровоизлияния в пульпу

1056. Местные противопоказания к отбеливанию зубов:

1. убыль эмали, обнажение корней зубов
2. загрязнение поверхности зубов
3. беременность и кормление грудью
4. аллергия на перекись водорода

1057. Общие противопоказания к отбеливанию зубов:

1. аллергия на перекись водорода, беременность, кормление грудью
2. обширная реставрация
3. большая пульпарная полость
4. выраженное воспаление пародонта

1058. Устранить дисколорит (легкая степень) витальных зубов вследствие применения тетрациклина в детстве можно:

1. микроабразией
2. внутренним отбеливанием
3. внешним отбеливанием
4. резекцией дентина

1059. Цель формирования кариозной полости:

1. создание условий для фиксации пломбы
2. восстановление функции зуба
3. создание контактного пункта
4. восстановление анатомической формы зуба

1060. Признаки, позволяющие поставить диагноз кариес дентина (топографически глубокой полости):

1. боль от термических раздражителей, быстро проходит после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно по всему дну
2. боли от химических раздражителей, дефект расположен в глубоких слоях дентина, болезненное зондирование
3. боль от термических раздражителей, держится долго после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно в одной точке
4. боль при попадании пищи в полость, проходящая после ее эвакуации, зондирование резко болезненно в одной точке

1061. Наиболее предпочтительным методом лечения начальной формы кариеса зубов является:

1. восстановление минерального состава эмали
2. иссечение пораженной эмали с последующим пломбированием
3. шлифование пораженной эмали дисками
4. микроабразия

1062. Для прохождения корневого канала по длине применяют:

1. К-ридер
2. К-файл
3. Н-файл
4. пульпоэкстрактор

1063. При девитальной экстирпации пульпы в первое посещение пациента выполняют:

1. наложение мышьяковистой пасты
2. ампутацию пульпы
3. раскрытие полости зуба

#### 4. инструментальную обработку каналов

1064. Инфицированный предентин со стенок канала зуба рекомендуют удалять:

1. К-файлом
2. пульпэкстрактором
3. корневой иглой
4. К-римером

1065. Для удаления корневой пульпы (экстирпация) в хорошо проходимых корневых каналах используют:

1. пульпэкстрактор
2. иглу Миллера
3. К-файл
4. К-ример

1066. Методика пломбирования корневого канала пастами:

1. последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
2. введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
3. введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
4. введение в канал одного центрального штифта

1067. Способ пломбирования каналов методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи предполагает:

1. введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
2. введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
3. введение в канал одного центрального штифта
4. последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции

1068. Эндодонтические инструменты для расширения корневого канала:

1. К-файл и Н-файл
2. К-ример
3. пульпэкстрактор
4. каналонаполнитель

1069. Каналонаполнитель предназначен для:

1. пломбирования каналов
2. определения глубины корневого канала
3. удаления пульпы
4. распломбирования каналов

1070. Полость зуба вскрывают:

1. шаровидным бором № 1
2. карборундовой головкой
3. финиром
4. фиссурным бором

1071. Рабочую длину зуба определяют:

1. рентгенографией
2. субъективными ощущениями
3. термодиагностикой
4. ЭОД

1072. Биологический метод возможен:

1. при случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 27 лет
2. при остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет
3. при остром очаговом пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом
4. при случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа

1073. При пломбировании корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи применяют:

1. спредеры
2. Н-файлы
3. пульпоэкстракторы
4. плагеры

1074. Коронковую часть пульпы (ампутация) удаляют:

1. экскаватором
2. штопфером
3. зондом
4. колесовидным бором

1075. При пломбировании корневого канала используют:

1. спредер
2. Н-файл
3. развертку
4. пульпоэкстрактор

1076. Мышьяковистую пасту классической прописи в зуб 37 накладывают на:

1. 48 ч.
2. 3 сут.
3. 24 ч.
4. 5–6 сут.

1077. Каналонаполнитель предназначен для:

1. пломбирования каналов
2. определения глубины корневого канала
3. удаления пульпы
4. распломбирования каналов

1078. Для определения качества раскрытия полости зуба используют:

1. зеркало, зонд
2. гладилку, пинцет
3. пинцет, зеркало
4. штопфер, зонд

1079. Полость зуба в премолярах верхней челюсти раскрывают бором в направлении:

1. щечно-небном
2. по оси зуба
3. переднезаднем
4. щечно-заднем

1080. Полость зуба в молярах нижней челюсти раскрывают бором в направлении:

1. переднезаднем
2. по оси зуба
3. щечно-язычном
4. заднеязычном

1081. Некачественное пломбирование канала на  $1/2-1/3$  длины канала показание к:

1. повторному эндодонтическому лечению
2. не показано дополнительное вмешательство
3. удалению зуба
4. реплантации зуба

1082. Причина избыточного выхода пломбировочного материала за верхушечное отверстие:

1. избыточное расширение апикального отверстия
2. перфорация стенки корневого канала
3. отлом стержневого инструмента в канале
4. недостаточная медикаментозная обработка канала

1083. Благоприятный исход острого периодонтита:

1. восстановление периодонта до нормального физиологического состояния
2. клиническое выздоровление
3. развитие периостита
4. переход в хронический периодонтит

1084. Консервативное лечение хронического периодонтита успешно, если:

1. канал запломбирован полностью
2. периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
3. канал запломбирован не полностью
4. зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку

1085. Цель лечения хронических форм периодонтита:

1. устранение очага одонтогенной инфекции
2. сохранение зуба
3. прохождение корневого канала
4. воздействие на микрофлору корневого канала

1086. Благоприятный исход лечения хронического апикального периодонтита:

1. клиническое выздоровление
2. удаление зуба
3. хронический пульпит
4. переход в кистогранулему

1087. При отсутствии лечения периапикального абсцесса со свищем возможен переход:

1. в корневую кисту или гранулему
2. в фиброзную форму
3. к клиническому излечению
4. к физиологическому восстановлению

1088. Повысить эффективность отбеливания можно:

1. применением лазерной технологии
2. предварительным депульпированием зуба
3. удалением поверхностного слоя эмали
4. уменьшением экспозиции отбеливателя

1089. Для домашнего отбеливания используют перекись карбамида в концентрации:

1. 10–12%
2. 5–7%
3. 25–35%

4. 35–40%

1090. Концентрация перекиси карбамида для клинического («офисного») отбеливания:

1. 25–30%
2. 5–7%
3. 10–12%
4. 35–40%

1091. Для лечения пятнистой гипоплазии (белое пятно) выполняют:

1. микроабразию
2. отбеливание
3. пломбирование
4. реминерализацию

1092. Повышение эффективности пломбирования эрозии требует проведения:

1. реминерализирующей терапии
2. более длительного протравливания поверхности эрозии, чем при кариесе
3. использование пломбировочных материалов без предварительного протравливания
4. пломбирование стеклоиономерными цементами

1093. Профилактикой флюороза в эндемическом очаге является:

1. замена водоисточника
2. предупреждение заболеваний матери в период беременности
3. гигиена полости рта
4. герметизация фиссур

1094. Устранить дисколорит девитальных зубов, развившийся в результате применения тетрациклина в детстве, можно методом:

1. внутрикоронкового отбеливания
2. микроабразии
3. внешнего отбеливания
4. резекцией дентина

1095. Препарирование кариозной полости II класса без выведения на жевательную поверхность проводят при расположении ее:

1. ниже экватора зуба при хорошем доступе
2. выше экватора при отсутствии доступа
3. ниже экватора при отсутствии доступа
4. выше экватора при хорошем доступе

1096. Тоннельный способ препарирования кариозной полости II класса позволяет:

1. сохранить существующий естественный контактный пункт
2. сформировать контактный пункт
3. сохранить жевательную поверхность
4. сохранить биологию пульпы

1097. Лечение гиперемии пульпы включает:

1. наложение лечебной прокладки
2. препарирование кариозной полости
3. медикаментозную обработку
4. наложение постоянной пломбы

1098. Основные компоненты реминерализирующего лечения:

1. кальций, фтор
2. натрий, магний
3. йод, бром
4. железо, стронций

1099. Форма препарирования кариозной полости I класса определяется:

1. материалом для постоянной пломбы
2. особенностями естественных углублений, в которых развивается кариес
3. медикаментозной обработкой
4. формой бора для препарирования

1100. Скос эмали в 45 создают для:

1. увеличения адгезии и линии маскировки
2. обезболивания
3. уменьшения токсичности материала
4. устранения смазанного слоя

1101. Цвет маркировки наиболее грубых боров:

1. черный
2. красный
3. синий
4. зеленый

1102. Цвет маркировки боров для финишной отделки пломб:

1. белый
2. зеленый
3. красный
4. синий

1103. Преимущество искусственного дентина для временной пломбы:

1. простота использования
2. короткое рабочее время
3. цветостойкость
4. недостаточная прочность к механическому воздействию

1104. Препарирование кариозной полости 1 класса предполагает:

1. полное раскрытие фиссуры
2. максимальное сохранение эмали на жевательной поверхности без подлежащего дентина
3. частичное раскрытие фиссуры
4. максимальное расширение кариозной полости (трапеция широким основанием к эмали)

1105. Отделку пломбы из амальгамы проводят:

1. через 24 ч
2. непосредственно после пломбирования
3. через 48 ч
4. через 72 ч

1106. Для точного подбора цвета реставрационного материала проводят:

1. удаление налета с поверхности зуба
2. предварительное протравливание
3. избирательное шлифовывание
4. обезболивание

1107. Недостаточное удаление некротизированного дентина со дна и стенок кариозной полости приводит к:

1. рецидиву кариеса
2. случайному вскрытию полости зуба
3. облому стенки кариозной полости
4. некрозу пульпы

1108. Препарирование кариозной полости включает:

1. раскрытие кариозной полости, некрэктомию, формирование дна и стенок кариозной полости, финирирование
2. обезболивание, некрэктомию, финирирование
3. обезболивание, расширение кариозной полости, некрэктомию
4. расширение кариозной полости, некрэктомию, финирирование

1109. Пломбирование кариозной полости возможно:

1. сендвич-техникой
2. туннельным методом
3. апикально-корональным методом (step back)
4. коронально–апикальным методом (crown down)

1110. Для реставрации фронтальных зубов используют:

1. композиты светового отверждения
2. амальгаму
3. силикофосфатный цемент
4. силикатный цемент

1111. Основным в терапии начального кариеса является:

1. минерализирующие растворы (рем. терапия)
2. гигиенический и диетический режимы
3. местное применение препаратов фтора
4. назначение препаратов фтора внутрь

1112. Эффект местной флюоризации основан:

1. на активности процессов реминерализации, уменьшении растворимости и проницаемости эмали, образовании фторапатита
2. на улучшении трофики зуба
3. на бактерицидном действии фтора
4. на укреплении белковой матрицы эмали

1113. При отверждении химического композита полимеризационная усадка происходит в направлении:

1. центра
2. периферии
3. протравленной эмали
4. источника света

1114. При лечении острого периодонтита в стадии выраженной экссудации в первое посещение

1. создают условия для оттока экссудата и оставляют зуб открытым
2. пломбируют канал постоянными пломбирочными материалами
3. герметично закрывают зуб после медикаментозной обработки
4. производят разрез по переходной складке

1115. Появление свища при обострении хронического периодонтита (периапикального абсцесса) способствует:

1. переходу в другую форму хронического периодонтита
2. стиханию воспаления
3. усилению боли при накусывании
4. переходу в кисту

1116. Для лечения острого мышьяковистого периодонтита необходимы

1. антимикробы
2. ферменты
3. антибиотики
4. хлорсодержащие препараты

1117. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром гнойном пульпите

1. витальную экстирпацию
2. сохранение жизнеспособности всей пульпы
3. витальную ампутацию
4. девитализацию пульпы

1118. Интенсивность кариеса зубов выражается:

1. суммой кариозных, запломбированных и удаленных зубов у одного индивидуума
2. суммой кариозных и запломбированных зубов у одного индивидуума
3. суммой запломбированных и удаленных зубов у одного индивидуума
4. отношением суммы кариозных и запломбированных зубов к возрасту пациента

1119. Процентное соотношение лиц, имеющих стоматологическое заболевание, к общему числу обследованных называется:

1. распространенностью стоматологического заболевания
2. интенсивностью стоматологического заболевания
3. стоматологической заболеваемостью населения
4. уровнем стоматологической помощи населению

1120. Для оценки состояния полости рта у взрослых наиболее информативной является возрастная группа:

1. 35-44 года
2. 12-14 лет
3. 18-20 лет
4. 25-35 лет

1121. Заболеваемость кариесом – это:

1. число впервые выявленных случаев заболевания за определенный промежуток времени
2. число людей, имеющих заболевание на момент обследования
3. число кариозных, запломбированных и удаленных зубов у одного обследуемого
4. среднее количество кариозных, удаленных и запломбированных зубов в группе населения

1122. Упрощенный индекс гигиены ОНI-S по Грину-Вермиллиону определяют на поверхности:

1. вестибулярной зубов 16, 11, 26, 31 и оральной зубов 36, 46
2. вестибулярной зубов 16, 26, 36, 46 и оральной зубов 11, 21
3. вестибулярной зубов 36, 46 и оральной зубов 16, 11, 26, 31
4. вестибулярной зубов 11, 21 и оральной зубов 16, 26, 36, 46

1123. При определении гигиенического состояния полости рта для окрашивания зубного налета используют растворы:

1. Шиллера-Писарева
2. метиленового синего
3. 1% р-р йодиола
4. 5% спиртовой раствор йода

1124. После профессиональной гигиены полости рта на очищенной зубной эмали пелликула вновь образуется через:

1. 2 часа
2. 30 минут
3. 60 минут
4. 12 часов

1125. Основным методом профилактики катарального гингивита является:

1. рациональная гигиена полости рта
2. сбалансированное питание
3. полоскание полости рта растворами фторидов
4. санация полости рта

1126. Основным минерализующим защитным фактором ротовой жидкости является:

1. слюна, пересыщенная ионами кальция и фосфора
2. пелликула
3. бикарбонатный буфер в слюне
4. повышенная вязкость ротовой жидкости

1127. Пелликула зуба образуется из:

1. гликопротеидов слюны
2. эмалевого органа
3. муцина
4. энамелабластов

1128. Источником минерализации поддесневого зубного камня является:

1. десневая жидкость
2. слюна
3. ротовая жидкость
4. пища

1129. В стоматологической практике для первичного осмотра используются инструменты:

1. зеркало, зонд
2. зеркало, гладилка
3. зеркало, пинцет
4. пинцет, штопфер

1130. К основным методам обследования относится:

1. осмотр
2. рентгенография
3. ЭОД
4. перкуссия

1131. Опрос пациента начинается с выяснения:

1. жалоб
2. истории жизни

3. анамнеза заболевания
4. перенесенных заболеваний

1132. Осмотр пациента начинают с:

1. внешнего осмотра
2. заполнения зубной формулы
3. определения прикуса
4. осмотра зубных рядов

1133. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:

1. пальпации
2. перкуссии
3. зондирования
4. рентгенографии

1134. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть наклонена:

1. вперед
2. назад
3. влево
4. вправо

1135. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:

1. пинцета
2. зеркала
3. углового зонда
4. экскаватора

1136. При внешнем осмотре лица пациента врач отмечает:

1. симметрию лица, носогубных складок, цвет кожи
2. тургор кожи, пигментные пятна
3. форму лица, форму носа
4. наличие изменений

1137. При осмотре полости рта зондирование зубов проводят:

1. по всем поверхностям
2. в пришеечной области
3. на контактных поверхностях
4. в фиссурах

1138. Состояние кожных покровов оценивают методом:

1. осмотра
2. зондирования
3. рентгенографии
4. опроса

1139. Электроодонтометрия применяется для определения:

1. состояния нервных окончаний пульпы
2. состояния нервных окончаний периодонта
3. состояния сосудов
4. возбудимости нервных окончаний пародонта

1140. Наибольшую информацию о состоянии периапикальных тканей зубов верхней и нижней челюсти дает:

1. ортопантомография
2. дентальная рентгенография
3. панорамная рентгенография
4. телерентгенография

1141. Метод рентгенодиагностики, который целесообразно использовать для выявления возможности прохождения корневого канала правого верхнего первого моляра:

1. дентальная рентгенография
2. панорамная рентгенография
3. ортопантомография
4. телерентгенография

1142. Виды рентгендиагностики:

1. внеротовая и внутриротовая
2. внеротовая и внечерепная
3. внутриротовая и внутрисосудистая
4. внутриротовая и внутриполостная

1143. К внеротовому методу рентгенологического исследования относится:

1. телерентгенограмма
2. ультразвуковое исследование слюнной железы
3. тепловизиография
4. ангиограмма

1144. К внутриротовому методу рентгенологического исследования относится:

1. прицельная рентгенография
2. ортопантомограмма
3. электроодонтодиагностика
4. миография

1145. К внеротовому методу рентгенологического исследования относится:

1. ортопантомограмма
2. ультразвуковое исследование слюнной железы
3. тепловизиография
4. ангиограмма

1146. Измерение электровозбудимости пульпы зуба проводится с помощью:

1. электроодонтодиагностики
2. холодной пробы
3. тепловизиографии
4. ТРГ

1147. Среднестатистической нормой здорового зуба при проведении ЭОД принято считать интервал:

1. 2-6 мкА
2. 1-3 мкА
3. 10-14 мкА
4. 30-55 мкА

1148. Для определения качества препарирования кариозной полости используются стоматологические инструменты:

1. зонд, зеркало

2. штопфер, зонд
3. гладилка, зонд
4. пинцет, зеркало

1149. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре:

1. 180°C - 45 мин
2. 125°C -45 мин
3. 160°C-40мин
4. 80°C-60 мин

1150. Методом химической (холодной) стерилизации стерилизуют:

1. зеркала, изделия из стекла
2. наконечники
3. боры
4. одноразовые шприцы

1151. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:

1. пинцет, зонд
2. зеркало, пинцет
3. зонд, шприц
4. зеркало, шприц

1152. Автоклавированием стерилизуются:

1. марлевые тампоны, наконечники
2. одноразовые шприцы
3. пластмассовые шпатели
4. слюноотсосы, зеркала

1153. В гласперленовом стерилизаторе стерилизуются:

1. эндодонтические инструменты
2. лотки
3. зеркала
4. наконечники

1154. Температурный режим, поддерживаемый в стоматологическом кабинете в холодное время года (градусов):

1. 18-23
2. 15-16
3. 17-18
4. 23-28

1155. Целью использования аппарата «Ассистина» является:

1. предстерилизационная очистка и смазывание наконечников
2. стерилизация наконечников
3. дезинфекция боров
4. дезинфекция эндодонтического инструментария

1156. Сухожаровая стерилизация предназначена для:

1. цельнометаллических инструментов
2. перевязочного материала
3. белья
4. ватных валиков

1157. Средство, используемое для холодной стерилизации стоматологических зеркал:

1. 6% раствор перекиси водорода
2. 1% раствор перекиси водорода
3. 0,5% раствор хлорамина
4. 75% метиловый спирт

1158. После использования боры помещают в:

1. дезинфицирующий раствор
2. сушижаровой шкаф
3. гласперленовый стерилизатор
4. «Терминатор»

1159. С помощью амидопириновой пробы определяют:

1. остатки крови на инструментах
2. остатки моющих средств
3. стерильность инструментов
4. наличие жира

1160. Стоматологические зеркала стерилизуются методом химической стерилизации по времени (часов):

1. 1-2
2. 2-3
3. 3
4. 4-5

1161. Стерильность инструментов после химической стерилизации сохраняется в течение:

1. 24 ч
2. 1 ч
3. 2 ч
4. 3 ч

1162. В гласперленовом стерилизаторе стерилизуют:

1. боры, эндодонтический инструментарий
2. стоматологические зеркала
3. вату, белье
4. оттиски

1163. В гласперленовом стерилизаторе стерилизация инструментов проводится:

1. нагретыми стерильными шариками
2. горячим паром
3. облучением
4. раствором глутаральдегида

1164. Поверхность стоматологической установки обрабатывается дезинфицирующим раствором:

1. после приема каждого пациента
2. один раз в день
3. два раза в день
4. три раза в день

1165. В терапевтическом кабинете для размещения двух стоматологических установок необходима площадь не менее (кв.м):

1. 21
2. 15

3. 25
4. 30

1166. Площадь операционной на две стоматологические установки должна быть не менее (кв.м):

1. 30
2. 20
3. 25
4. 40

1167. В стоматологическом кабинете стерилизационная площадь должна быть не менее (кв.м):

1. 8
2. 10
3. 20
4. 25

1168. Кварцевание стоматологического кабинета следует проводить в день (количество раз):

1. 3
2. 1
3. 2
4. 4

1169. Расстояние между креслами в стоматологическом кабинете должно быть не менее (м):

1. 1,5
2. 1,0
3. 1,2
4. 2,0

1170. В гласперленовом стерилизаторе не стерилизуют:

1. оттиски
2. эндодонтические инструменты
3. турбинные боры
4. механические боры

1171. В сухожаровом шкафу стерилизуются:

1. зонды
2. стоматологические зеркала
3. одноразовые шприцы
4. перчатки

1172. Площадь стоматологического кабинета должна составлять не менее:

1. 14 кв.м.
2. 12 кв.м
3. 10 кв.м
4. 7 кв.м

1173. На каждое дополнительное кресло с универсальной стоматологической установкой в стоматологическом кабинете выделяется площадь:

1. 10 кв.м
2. 15 кв.м
3. 14 кв.м
4. 5 кв.м

1174. Виды стоматологических установок:

1. комбинированные
2. механические
3. пневмомеханические
4. пневматические

1175. Окна стоматологического кабинета должны быть ориентированы на:

1. северное направление
2. южное направление
3. западное направление
4. восточное направление

1176. Наука, изучающая функциональные возможности человека в трудовых процессах с целью создания для него оптимальных условий труда:

1. эргономика
2. социология
3. соционика
4. экономика

1177. Расположение пациента в стоматологическом кресле должно быть ориентировано на:

1. окно
2. двери
3. стену
4. врача

1178. Азопирамовая проба проводится после:

1. предстерилизационной очистки
2. дезинфекции
3. стерилизации
4. каждого этапа дезинфекции

1179. Для оценки качества предстерилизационной обработки инструментов на наличие крови и белковых загрязнений используется проба:

1. амидопириновая
2. йодиоловая
3. бензидиновая
4. фенолфталеиновая

1180. После использования слюноотсосы:

1. утилизируют
2. дезинфицируют
3. стерилизуют
4. промывают

1181. После использования инъекционные иглы помещают в:

1. деструктор игл
2. дезинфицирующий раствор
3. сухожаровой шкаф
4. гласперленовый стерилизатор

1182. После рабочего дня, в течение которого имел место контакт рук с хлорными препаратами, кожу обрабатывают ватным тампоном, смоченным:

1. 1% раствором гипосульфита натрия
2. 2% раствором перекиси водорода

3. 0,05% раствором хлоргексидина
4. 70% раствором медицинского спирта

1183. Работникам, занятым приготовлением и применением амальгамы, должны выдаваться:

1. хирургические халаты без карманов
2. медицинские халаты без воротников
3. хирургические халаты с карманами
4. одноразовые медицинские шапочки

1184. Рентгеновский аппарат может быть установлен в отдельном помещении, площадь которого должна быть не менее (кв.м):

1. 6
2. 8
3. 9
4. 11

1185. Кюретаж пародонтального кармана обеспечивает удаление:

1. поддесневого зубного камня грануляций
2. поддесневого зубного камня, грануляций, эпителия десневой борозды
3. наддесневого зубного камня, грануляций, эпителия десневой борозды
4. поддесневого зубного камня

1186. Кюкеты делятся на:

1. универсальные, зоноспецифические
2. изогнутые, прямые
3. серповидные
4. зоноспецифические, изогнутые

1187. Скейлером (серповидным) называют:

1. инструмент с агрессивным кончиком рабочей части
2. инструмент с закругленным кончиком рабочей части
3. инструмент с алмазным покрытием рабочей части
4. инструмент для работы в пародонтальных карманах глубиной до 4 мм

1188. Для удаления зубного камня с помощью ультразвука используют аппарат:

1. «Пьезон-Мастер»
2. «Pluraflex»
3. «Диагност»
4. апекслокатор

1189. При проведении профессиональной гигиены гладкие поверхности зубов целесообразнее очищать от налета с помощью:

1. резиновых колпачков и полировочных паст
2. щеточек и полировочных паст
3. флоссов
4. зубной щетки и пасты

1190. При удалении зубных отложений с поверхности имплантатов используют инструменты:

1. пластиковые
2. твердосплавные
3. стальные
4. специальных инструментов нет

1191. Определение гигиенического состояния полости рта, обучение пациента правильной методике чистки зубов и самостоятельная чистка зубов пациентом под контролем врача подразумевает понятие:

1. контролируемой чистки зубов
2. профессиональной гигиены полости рта
3. профессиональной чистки зубов
4. индивидуальной гигиены полости рта

1192. Контролируемая чистка зубов, профессиональное удаление зубных отложений, устранение факторов, способствующих накоплению зубных отложений, обучение правилам ухода за полостью рта и индивидуальный подбор средств гигиены подразумевает понятие:

1. профессиональной гигиены полости рта
2. индивидуальной гигиены полости рта
3. стоматологического просвещения
4. профилактики стоматологических заболеваний

1193. Показания к пластике преддверия рта:

1. увеличение площади прикрепленной десны
2. прекращение воспаления в пародонте
3. частичное восстановление утраченных структур пародонта
4. устранение пародонтального кармана

1194. Показанием к открытому кюретажу является:

1. значительное разрастание грануляций и связанная с этим деформация межзубных сосочков
2. абсцедирование
3. острые воспалительные заболевания слизистой оболочки рта
4. некроз десневого края

1195. Швы после гингивотомии:

1. не накладывают
2. снимают на 3й день
3. накладывают непосредственно после операции
4. снимают через неделю

1196. При гингивэктомии:

1. удаляют гипертрофированную десну или часть кармана
2. отслаивают слизисто-надкостничный лоскут
3. рассекают десну для получения гнойного экссудата
4. наносят Т-образный разрез на десну

1197. НПВС, преимущественно ингибирующие ЦОГ-2

1. мовалис
2. кетонал
3. ибупрофен
4. напроксен

1198. Местные антисептики, содержащие хлоргексидин:

1. элюдрил и корсодил
2. эльгидиум и диоксиколь
3. пародиум и сангвиритрин
4. корсодил и катамин

1199. Для склерозирующей терапии применяется:

1. ваготил
2. левомеколь
3. раствор бриллиантового зеленого
4. банеоцин

1200. Пародонтальную повязку применяют для:

1. защиты кровяного сгустка от внешних воздействий после кюретажа
2. шинирования зубов после операции
3. шинирования зубов перед операцией
4. заполнения кармана во время гингивэктомии

1201. Антибиотики, обладающие тропностью к костной ткани:

1. клиндамицин
2. азитромицин
3. амоксиклав
4. доксициклин

1202. Препараты для местного лечения пародонтита, содержащие метранидозол:

1. метрогил-дента
2. солкосерил
3. левомеколь
4. банеоцин

1203. Показание к открытому кюретажу пародонтального кармана:

1. карман 5 мм
2. карман 3—4 мм
3. ложный карман
4. карман более 5 мм

1204. Показание к закрытому кюретажу пародонтального кармана:

1. карман 3—4 мм
2. карман 5 мм
3. ложный карман
4. карман более 5 мм

1205. Антибактериальный препарат, применяемый при местном лечении гипертрофического гингивита:

1. раствор хлоргексидина
2. масло шиповника
3. раствор перекиси водорода 6%
4. йодинол

1206. При кюретаже пародонтального кармана:

1. разрезы не применяют
2. отслаивают десневой лоскут
3. наносят разрезы по краю десны
4. иссекают пародонтальный карман

1207. После завершения кюретажа пародонтального кармана накладывают:

1. изолирующую повязку
2. лечебную повязку
3. шов
4. изолирующую мембрану

1208. Показаниями к проведению остеогингивопластики являются:

1. тяжелая и средняя форма пародонтита
2. гингивит
3. хронический периодонтит
4. гипертрофический гингивит

1209. Решение о проведении реконструктивного лечения возможно принять:

1. через 3 мес. после наступления терапевтической ремиссии
2. на этапе хирургического устранения карманов
3. через 1 мес. после наступления терапевтической ремиссии
4. в период базового лечения

1210. Планирование реконструктивного лечения целесообразно начинать:

1. при проведении санации пародонтальных карманов
2. в период диагностики заболевания
3. после наступления терапевтической ремиссии
4. на этапе базового лечения

1211. Кюрета «MINI FIVE» предназначена для:

1. манипуляций в узких глубоких карманах
2. для удобного проникновения в карман и минимального травмирования мягких тканей пародонта
3. для манипуляций в пародонтальных карманах глубиной более 5 мм
4. для манипуляций в пародонтальных карманах глубиной более 3 мм

1212. Назначение кюреты ГРЕЙСИ 1/2:

1. для обработки фронтальных зубов (все поверхности)
2. для обработки боковых зубов (все поверхности)
3. для обработки фронтальных зубов и премоляров (все поверхности)
4. для обработки боковых зубов (вестибулярная и оральная поверхности)

1213. Для обработки моляров (дистальных поверхностей) используют кюрету:

1. Грейси 13/14
2. Грейси 15/16
3. Грейси 1/2
4. Грейси 9/10

1214. Микроорганизмы, вызывающие неприятный запах изо рта:

1. пародонтопатогенные анаэробные микроорганизмы
2. аэробные бактерии
3. сапрофитная микрофлора
4. резидентная микрофлора

1215. Для оценки тяжести пародонтита необходимо определить:

1. подвижность зуба, глубину пародонтального кармана, уровень резорбции альвеолярной кости
2. рецессию десны, глубину пародонтального кармана
3. потерю пародонтального прикрепления, подвижность зуба
4. концентрацию глюкозы в крови

1216. При катаральном гингивите количество десневой жидкости:

1. не изменяется
2. уменьшается
3. увеличивается

4. уменьшается в 2 раза

1217. При катаральном гингивите на рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки:

1. отсутствует
2. на 1/3 длины корня зуба
3. на 1/2 длины корня зуба
4. на 2/3 длины корня зуба

1218. Выраженность воспалительного процесса при катаральном гингивите можно определить с помощью индекса:

1. РМА
2. РНР
3. CSI
4. СРITN

1219. Ранним клиническим признаком воспаления в десне является:

1. кровоточивость при зондировании
2. деформация десневых сосочков
3. пародонтальный карман до 3 мм.
4. пародонтальный карман 4 мм и более

1220. Проба Шиллера–Писарева определяет:

1. воспаление десны
2. нарушение обмена глюкозы
3. состояние капилляров десны
4. уровень гигиены полости рта

1221. Фуркационный дефект III класса – это:

1. сквозной дефект в области фуркации зуба, выявляемый при зондировании
2. межкорневая кость частично утрачена, но сквозной дефект отсутствует
3. сквозной дефект межкорневой перегородки, не скрытый десной
4. фуркационный дефект, возможно горизонтальное погружение зонда в направлении межкорневой перегородки более чем на 2мм.

1222. Двухстеночный дефект альвеолярной кости формируется при:

1. пародонтите
2. гингивите
3. рецессии десны
4. пародонтозе

1223. К рецессии десны I класса по классификации Миллера относится:

1. рецессия в пределах прикрепленной десны. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
2. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
3. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов
4. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков

1224. К рецессии десны II класса по классификации Миллера относится:

1. рецессия десны в пределах подвижной слизистой, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
2. рецессия в пределах прикрепленной десны. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
3. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов
4. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков

1225. К рецессии десны III класса по классификации Миллера относится:

1. рецессия десны в пределах подвижной слизистой, межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачена
2. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
3. рецессия в пределах прикрепленной десны. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
4. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков

1226. К рецессии десны IV класса по классификации Миллера относится:

1. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков
2. рецессия в пределах прикрепленной десны. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
3. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов
4. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует

1227. Острота пародонтального инструмента проверяется с помощью:

1. пластмассовой палочки
2. листка бумаги
3. деревянного бруска
4. металлического бруска

1228. Наличие пародонтального кармана определяется по:

1. погружению зонда на глубину 3 мм и более
2. обнажению поверхности корня зуба
3. погружению зонда на глубину менее 3 мм
4. пальпаторно

1229. Наличие ложного десневого кармана характерно для:

1. гипертрофического гингивита
2. катарального гингивита
3. язвенно-некротического гингивита
4. пародонтита

1230. Пуговчатый зонд применяют для:

1. определения глубины и рельефа пародонтального кармана
2. зондирования кариозных полостей

3. изменения величины рецессии
4. обнаружения поддесневых зубных отложений

1231. В состав зубной бляшки входит:

1. компоненты слюны, бактерии и продукты их жизнедеятельности, остатки пищи и клеток бактерий
2. микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности
3. эпителиальных клеток и компонентов крови
4. протеины слюны

1232. Укажите основные признаки воспалительных изменений в десне:

1. гиперемия, отечность, кровоточивость
2. ишемия десневого края
3. множественная рецессия десны
4. гиперемия, гноетечение

1233. При хроническом гранулирующем периодонтите на rg-грамме очаг деструкции кости у верхушки корня имеет:

1. нечеткие контуры
2. четкие контуры
3. вид не измененного периодонта
4. вид «таящего сахара»

1234. Данные ЭОД ПРИ остром периодонтите соответствуют величинам:

1. 80-100 МА
2. 10-20 МА
3. 40-60 МА
4. 60-80 МА

1235. Какой вид шприца применяется для проведения местной анестезии в современной стоматологии?

1. карпульный шприц Кука
2. шприц Жане
3. двухкомпонентный шприц Мердока
4. инъекционный шприц Фишера

1236. Для проводниковой анестезии рекомендуется игла длиной:

1. 42 мм
2. 12 мм
3. 16 мм
4. 100 мм

1237. Препаратами первой помощи при анафилактическом шоке являются:

1. глюкокортикоиды, адреналин, антигистамины, эуфиллин
2. анаболические гормоны, антибиотики
3. антиаритмики, сердечные гликозиды
4. диуретики, седативные

1238. Анафилактический шок – это:

1. тяжелая аллергическая реакция немедленного типа
2. химическая реакция
3. иммунная реакция
4. острая обструктивная дыхательная недостаточность

1239. Доминирующим проявлением системной анафилаксии (анафилактического шока) является:

1. сосудистый коллапс
2. приступ удушья
3. кардиогенный шок
4. крапивница

1240. При передозировке адреналина больному необходимо ввести внутривенно:

1. 1 мл атропина
2. 1 мл мезатона
3. 1 мл норадреналина
4. 1 мл дексаметазона

1241. Непосредственное общее осложнение, возникающие при передозировке анестетика:

1. двигательное возбуждение
2. тризм
3. гиперемия в области введения анестетика
4. двигательное угнетение

1242. Средняя ширина периодонтальной щели зубов на нижней челюсти составляет (мм):

1. 0.15-0.22
2. 0.07-0.1
3. 0.1-0.15
4. 0.25-0.35

1243. Средняя ширина периодонтальной щели зубов на верхней челюсти составляет (мм):

1. 0.2-0.25
2. 0.15-0.2
3. 0.25-0.35
4. 0.35-0.4

1244. Клиническое проявление острого серозного периодонтита:

1. нерезкие, тупые ноющие боли в причинном зубе
2. подвижность причинного зуба и соседних с ним
3. кожа гиперемирована, в складку не собирается
4. переходная складка сглажена

1245. При остром верхушечном периодонтите боль в зубе является следствием:

1. отека и инфильтрации периодонта
2. отека пародонта
3. некроза костных балок лунки
4. гибели пульпы

1246. Постоянная боль в зубе, усиливающаяся при нагрузке характерна для:

1. острого периодонтита
2. острого пульпита
3. острого периостита
4. острого остеомиелита

1247. Конфигурация лица при остром серозном периодонтите:

1. не изменена
2. изменена за счет инфильтрации
3. изменена за счет отека мягких тканей
4. изменена за счет выраженной деформации

1248. Для дифференциальной диагностики каких заболеваний используется электроодонтодиагностика:

1. пульпита и периодонтита
2. периодонтита и периостита
3. периостита и остеомиелита
4. остеомиелита и флегмоны

1249. Хронический периодонтит:

1. гранулематозный
2. гангренозный
3. гнойный
4. катаральный

1250. Основной жалобой при переломе скулоглазничного комплекса является:

1. кровотечение из носового хода на стороне поражения
2. нарушение смыкания зубных рядов
3. возникновение периодических приступов головокружения и тошноты
4. двоение в глазах при взгляде в сторону

1251. Открытый прикус и смещение подбородка кпереди наблюдаются у больного при:

1. двустороннем вывихе ВНЧС
2. двустороннем переломе мышечкового отростка
3. одностороннем переломе мышечкового отростка
4. двустороннем переломе нижней челюсти в области премоляров

1252. Основным симптомом перелома верхней челюсти является:

1. патологическая подвижность верхнечелюстных костей
2. носовое кровотечение
3. ограничение открывания рта
4. разрыв слизистой оболочки в области альвеолярного отростка

1253. Наиболее информативным методом лучевой диагностики при подозрении на перелом скулоглазничного комплекса является:

1. компьютерная томограмма средней зоны лица
2. ортопантограмма
3. рентгенограмма черепа в боковой проекции
4. рентгенограмма черепа в прямой проекции

1254. Локализация перелома нижней челюсти, наиболее часто осложняющаяся травматическим остеомиелитом:

1. тело нижней челюсти
2. мышечковый отросток
3. венечный отросток
4. ветвь нижней челюсти

1255. Основным симптомом при изолированном переломе скуловой дуги со смещением отломков является:

1. западение в области скуловой дуги
2. деформация носа
3. ограничение боковых движений нижней челюсти
4. нарушение кожной чувствительности в подглазничной области

1256. Причиной кровотечения из носового хода при переломе скулового комплекса является:

1. повреждение стенок верхнечелюстного синуса с разрывом слизистой
2. травма слизистой носового хода
3. повышение внутричерепного давления в результате травмы
4. повреждение лицевой артерии

1257. Нарушение чувствительности кожи подглазничной области, боковой поверхности носа, верхней губы является следствием травматического повреждения:

1. подглазничного нерва
2. мягких тканей
3. лицевого нерва
4. третьей ветви тройничного нерва

1258. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует:

1. положительный тест двойного пятна
2. повышение СОЭ в крови
3. положительная реакция Вассермана
4. снижение количества альбуминов в крови

1259. Нижняя треть лица у больных с нижней макрогнатией:

1. увеличена
2. уплощена
3. уменьшена
4. смещена

1260. Наиболее частая локализация линии перелома на нижней челюсти:

1. угол челюсти
2. венечный отросток
3. подбородочный отдел
4. ветвь в продольном направлении

1261. К ранним осложнениям после открытого двустороннего травматического перелома тела нижней челюсти со смещением отломков следует отнести:

1. кровотечение из щелей перелома челюсти
2. анкилоз ВНЧС
3. ложный сустав
4. нагноение костной раны

1262. При одиночном переломе нижней челюсти в боковом отделе наблюдается смещение отломков:

1. большого - вниз и в сторону перелома, малого – кверху, кпереди и вовнутрь
2. большого - вниз и кнаружи, малого – кверху, кзади и вовнутрь
3. большого - вверх и в сторону, малого – вниз, кпереди и вовнутрь
4. большого - вниз и в сторону перелома, малого – вниз, кзади и кнаружи

1263. Под действием тяги жевательных мышц смещение верхней челюсти при суборбитальном переломе происходит в направлении:

1. книзу и кзади
2. кверху и вперед
3. медиально и вперед
4. латерально и кверху

1264. Для двухсторонних переломов нижней челюсти в области тела, углов, ветви и мышечковых отростков характерно смещение среднего отломка в направлении:

1. вниз и кзади
2. вниз и кпереди
3. вверх и кзади
4. вверх и кпереди

1265. Назальная ликворея при переломе верхней челюсти по типу Ле фор II обусловлено сообщением с:

1. передней черепной ямкой
2. переломом пирамиды височной кости
3. средней черепной ямкой
4. задней черепной ямкой

1266. Перелом верхней челюсти по типу Ле фор I (нижний тип перелома) проходит:

1. от основания грушевидной вырезки, через основание альвеолярной части и бугра верхней челюсти к вершине крыловидных отростков
2. в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и нижнеглазничный край, в области скуло-верхнечелюстного шва
3. в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и наружный край орбиты в области скуло-лобного шва
4. от резцового возвышения кзади, через твердое и мягкое небо

1267. Наличие у пострадавшего симптома лица панды (отека средней зоны лица в сочетании с кровоизлияниями в параорбитальную клетчатку с обеих сторон) характерно для:

1. перелома верхней челюсти
2. перелома скулоорбитального комплекса
3. изолированного перелома костей дна орбиты взрывного типа
4. двустороннего повреждения височно-нижнечелюстных суставов

1268. Нарушение чувствительности подбородочного нерва при переломах нижней челюсти обусловлено:

1. ущемлением нижнелуночкового нерва
2. отеком костного мозга
3. сдавлением нерва гематомой
4. развитием травматического шока

1269. При двустороннем ментальном переломе нижней челюсти угроза для жизни возникает при нарушении функции:

1. дыхания
2. жевания
3. глотания
4. речи

1270. При индийском способе ринопластики кожный лоскут на питающей ножке берут:

1. со лба
2. со щеки
3. с шеи
4. с плеча

1271. Фиксация отломков по донскому используется при локализации перелома нижней челюсти в:

1. области угла со смещением ветви
2. пределах зубного ряда

3. центральном отделе
4. области альвеолярного отростка

1272. Свежий сквозной дефект щеки до 3,0 см в диаметре следует устранить:

1. обшиванием краев раны
2. перемещением свободного расщепленного кожного лоскута
3. формированием стебельчатого лоскута Филатова
4. пластикой местными тканями с широкой мобилизацией краев и послойным их ушиванием

1273. Ксенотрансплантатом является материал, взятый у:

1. животного
2. близкого родственника
3. самого пациента
4. трупа

1274. Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается в:

1. артропластике
2. физиотерапии
3. лечебной физкультуре
4. редрессации

1275. Шина порта применяется при лечении больных с переломом нижней челюсти:

1. при полном отсутствии зубов
2. при частичной адентии
3. с дефектом кости
4. с переломом корней зубов

1276. При симметричной нижней макрогнатии остеотомию чаще всего производят в области:

1. ветвей челюсти
2. углов челюсти
3. первых премоляров
4. подбородка

1277. Непосредственное интраоперационное осложнение при остеотомии нижней челюсти:

1. повреждение нижеальвеолярной артерии
2. слюнной свищ
3. ишемия тканей операционной области
4. парез маргинальной ветви лицевого нерва

1278. Способ лечения фиброматоза десен:

1. иссечение пораженных участков
2. диатермокоагуляция очагов поражения
3. изготовление эластичной капы, завышающей прикус
4. закрытый кюретаж

1279. Остеосинтез по макиенко проводится:

1. спицей
2. минипластинами
3. стальной проволокой
4. бронзово-алюминиевой лигатурой

1280. Минипластины для остеосинтеза переломов челюстей изготавливаются из:

1. титана

2. стали
3. бронзы
4. алюминия

1281. Хирургический метод лечения, показанный при переломе нижней челюсти, осложнившийся нагноением костной раны:

1. внеочаговый остеосинтез
2. трансочаговый остеосинтез
3. остеосинтез на костными конструкциями
4. внутрикостный шов

1282. Для иммобилизации переломов челюстей применяется шина:

1. Тигерштедта
2. Порты
3. Ванкевич
4. гладкая шина-скоба

1283. Под действием тяги жевательных мышц смещение верхней челюсти при суборбитальном переломе происходит:

1. книзу и кзади
2. кверху и вперед
3. медиально и вперед
4. латерально и кверху

1284. Под действием тяги жевательных мышц смещение нижней челюсти при ангулярном переломе происходит:

1. медиально и вперед
2. кверху и вперед
3. книзу и кзади
4. латерально и кверху

1285. Под действием тяги жевательных мышц смещение нижней челюсти при двухстороннем ангулярном переломе происходит:

1. книзу и кзади
2. кверху и вперед
3. медиально и вперед
4. латерально и кверху

1286. Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением на:

1. давлением на крючок крыловидного отростка снизу вверх
2. подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
3. подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
4. скуловые кости снизу вверх

1287. Симптом нагрузки при переломах нижней челюсти определяется давлением на:

1. подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
2. подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
3. скуловые кости снизу вверх
4. давлением на крючок крыловидного отростка снизу вверх

1288. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о переломе:

1. суббазальном верхней челюсти
2. нижней челюсти

3. суборбитальном верхней челюсти
4. альвеолярного отростка верхней челюсти

1289. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1. ложный сустав
2. асфиксия
3. ОРВЗ
4. потеря сознания

1290. Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с:

1. острым отитом
2. острым верхнечелюстной синусит
3. околоушным гипергидрозом
4. переломом верхней челюсти

1291. Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с:

1. флегмоной околоушно-жевательной области
2. острым верхнечелюстным синуситом
3. околоушным гипергидрозом
4. переломом верхней челюсти

1292. Острый артрит ВНЧС следует дифференцировать с:

1. контрактурой жевательных мышц
2. остеомиелитом
3. пульпитом
4. переломом тела челюсти

1293. Дифференциальную диагностику остеоартроза необходимо проводить с:

1. фиброзным анкилозом
2. острым сialoadенитом околоушной слюнной железы
3. острым специфическим артритом
4. внутрисуставным переломом головки нижней челюсти

1294. Дифференциальную диагностику остеоартроза необходимо проводить с:

1. хроническим артритом
2. полным передним вывихом ВНЧС
3. внутрисуставным переломом головки нижней челюсти
4. острым сialoadенитом околоушной слюнной железы

1295. К дополнительным методам исследования при диагностике артроза ВНЧС относится:

1. томография ВНЧС
2. миография
3. аудиометрия
4. биохимия крови

1296. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза ВНЧС является:

1. компьютерная томография
2. миография
3. аудиометрия
4. биохимия крови

1297. Виды вывихов нижней челюсти:

1. передний

2. средний
3. наружный
4. прямой

1298. Диагноз артрита ВНЧС ставят на основании:

1. клинико-рентгенологического исследования
2. данных клинического анализа крови
3. ЭОД
4. кожных проб

1299. К специфическим воспалениям ВНЧС относится:

1. туберкулез
2. болезнь Дауна
3. болезнь Менкельсона-Розенталя
4. болезнь Бехтерева

1300. Форма анкилоза ВНЧС:

1. фиброзный
2. гнойный
3. слипчивый
4. катаральный

1301. Форма анкилоза ВНЧС:

1. костный
2. гнойный
3. слипчивый
4. катаральный

1302. Причиной остеоартроза может быть:

1. неправильное зубопротезирование
2. сиалоаденит
3. употребление парного молока
4. рубцовые изменения тканей, окружающих нижнюю челюсть

1303. Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является:

1. тугоподвижность в суставе, выраженная по утрам
2. шум в ушах
3. нарушение глотания
4. множественный кариес

1304. Основным симптомом перелома верхней челюсти является:

1. патологическая подвижность верхнечелюстных костей
2. головная боль
3. носовое кровотечение
4. патологическая подвижность нижней челюсти

1305. Основным симптомом перелома нижней челюсти является:

1. патологическая подвижность нижней челюсти
2. носовое кровотечение
3. головная боль
4. патологическая подвижность верхнечелюстных костей

1306. Синоним перелома верхней челюсти по ФОР I:

1. отрыв альвеолярного отростка
2. суборбитальный
3. суббазальный
4. отрыв альвеолярной части

1307. Синоним перелома верхней челюсти по ФОР II:

1. суборбитальный
2. суббазальный
3. отрыв альвеолярного отростка
4. отрыв альвеолярной части

1308. Синоним перелома верхней челюсти по ФОР III:

1. суббазальный
2. суборбитальный
3. отрыв альвеолярного отростка
4. отрыв альвеолярной части

1309. Перелом костей основания черепа как правило происходит при:

1. суббазальном переломе верхней челюсти
2. отрыве альвеолярного отростка
3. суборбитальном переломе верхней челюсти
4. отрыв альвеолярной части нижней челюсти

1310. Нарушение функций черепно-мозговых нервов как правило происходит при:

1. суббазальном переломе верхней челюсти
2. отрыве альвеолярного отростка
3. суборбитальном переломе верхней челюсти
4. отрыв альвеолярной части нижней челюсти

1311. Обязательным симптомом перелома основания черепа является:

1. ликворея
2. кровотечение из носа
3. патологическая подвижность нижней челюсти
4. патологическая подвижность верхней челюсти

1312. Основной симптом перелома костей носа:

1. патологическая подвижность костей носа, деформация
2. подкожная эмфизема, кровотечение
3. затруднение носового дыхания, гематома
4. деформация носа, гематома

1313. Основные симптомы перелома скуловой кости:

1. уплощение скуловой области, диплопия
2. гематома скуловой области
3. кровоизлияние в нижнее веко
4. кровотечение из носа, головокружение

1314. Основные симптомы перелома скуловой кости:

1. "симптом ступени", диплопия
2. деформация носа, гематома
3. гематома скуловой области
4. кровоизлияние в нижнее веко

1315. Основные симптомы перелома скуловой кости:

1. симптом "ступени", затрудненное открывание рта
2. деформация носа, гематома
3. кровоизлияние в нижнее веко
4. кровотечение из носа, головокружение

1316. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости:

1. смещение отломков
2. гематома
3. воспалительная реакция
4. травма жевательных мышц

1317. Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости:

1. смещение глазного яблока
2. воспалительная реакция
3. травма глазного яблока
4. травма зрительного нерва

1318. При переломе скуловой кости парестезия крыла носа и верхней губы возникает вследствие повреждения:

1. II ветви тройничного нерва
2. I ветви тройничного нерва
3. III ветви тройничного нерва
4. лицевого нерва

1319. Смещение глазного яблока при переломе скуловой кости чаще происходит:

1. вниз
2. вверх
3. кпереди
4. кзади

1320. Клиническим симптомом фиброзной дисплазии скуловой кости является наличие:

1. деформации в области скуловой кости
2. уплотнения кожи
3. болей спастического характера
4. гиперемия кожи

1321. Двухстороннее поражение скуловых костей отмечается при:

1. синдроме гемифациальной микросомии
2. синдроме Гольденхара
3. синдроме Франческетти
4. синдром Пьера-Робина

1322. Одностороннее поражение скуловой кости отмечается при:

1. синдроме Гольденхара
2. тетраде Фалло
3. синдром Пьера-Робина
4. врожденный черепно-ключичный дизостоз

1323. Наибольшим изменениями при синдроме франческетти подвергаются:

1. скуловая кость, скуловой отросток и нижняя челюсть
2. скуловая кость
3. скуловая кость и верхняя челюсть

#### 4. скуловая кость и нижняя челюсть

1324. К увеличению объема скуловой кости может привести:

1. саркома
2. травматическое поражение
3. радикулярная киста
4. капиллярная гемангиома

1325. К уменьшению объема скуловой кости может привести:

1. травматическое поражение
2. микрогения
3. радикулярная киста
4. капиллярная гемангиома

1326. Основным симптомом перелома костей носа:

1. смещение костей спинки носа
2. подкожная эмфизема
3. затруднение носового дыхания
4. гематома

1327. Симптомы перелома костей носа:

1. кровотечение из носовых ходов, смещение костей спинки носа
2. подкожная эмфизема, гематома
3. гематома, затруднение носового дыхания
4. кровотечение из носовых ходов, гематома

1328. Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

1. слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС
2. артрит ВНЧС
3. нижняя макрогнатия
4. снижение высоты прикуса

1329. Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

1. снижение высоты суставного бугорка
2. артрит ВНЧС
3. нижняя макрогнатия
4. снижение высоты прикуса

1330. Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти:

1. невозможность сомкнуть зубы
2. слезотечение
3. снижение высоты прикуса
4. заложенность в ухе

1331. Характерные симптомы острого артрита ВНЧС в начальной стадии:

1. боль, ограничение открывания рта
2. тризм жевательных мышц
3. околоушный гипергидроз
4. боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в ВНЧС

1332. Ведущим симптомом артрита ВНЧС является:

1. стойкое ограничение подвижности нижней челюсти
2. шум в ушах

3. нарушение глотания
4. множественный кариес

1333. При развитии анкилоза ВНЧС в детстве деформация нижней челюсти появляется:

1. с началом интенсивного роста костей лица
2. спустя 6 месяцев от начала заболевания
3. спустя 12 месяцев от начала заболевания
4. после начала лечения

1334. Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является:

1. ограничение открывания рта
2. верхняя макрогнатия
3. снижение высоты прикуса
4. укорочение ветвей нижней челюсти

1335. Суставной шум – ранний признак:

1. артроза
2. артрита
3. мастоидита
4. вывиха

1336. При хронических арритах происходит:

1. разволокнение и некроз хряща
2. набухание диска
3. увеличение синовиальной жидкости
4. растяжение капсулы

1337. Склероз губчатой кости элементов ВНЧС развивается при:

1. синдроме болевой дисфункции ВНЧС
2. хроническом артрите
3. флегмонах околоушно-жевательной области
4. склерозирующем остеоартрозе

1338. Одним из характерных клинических проявлений деформирующего остеоартроза ВНЧС является:

1. затруднение открывания рта, боль в суставе, усиливающаяся при движениях нижней челюсти
2. парез мимической мускулатуры
3. покраснение и припухлость в околоушно-жевательной области
4. невозможность открыть рот

1339. Основные клинические проявления остеоартроза ВНЧС:

1. ограничение открывания рта, девиация, хруст в суставе
2. боль, припухлость
3. полное отсутствие движений в суставе
4. деформация лица

1340. Ведущим симптомом анкилоза ВНЧС является:

1. резкое ограничение подвижности нижней челюсти
2. нарушение глотания
3. множественный кариес
4. выраженный болевой симптом

1341. Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является:

1. смещение нижней челюсти в здоровую сторону
2. нарушение глотания
3. множественный кариес
4. выраженный болевой симптом

1342. Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является:

1. гипертрофия жевательных мышц на больной стороне
2. нарушение глотания
3. множественный кариес
4. выраженный болевой симптом

1343. Ведущим симптомом клиники двухстороннего костного анкилоза ВНЧС является:

1. полное отсутствие движений нижней челюсти
2. шум в ушах
3. нарушение глотания
4. множественный кариес

1344. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется:

1. профилем "птичьего" лица
2. нижней макрогнатией
3. верхней микрогнатией
4. верхней ретрогнатией

1345. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует:

1. положительный тест двойного пятна
2. положительная реакция Вассермана
3. симптом Малевича
4. снижение количества альбуминов в крови

1346. Исследование, которое проводится для определения состояния магистральных сосудов в области голени:

1. ангиография
2. магнитно-ядерная томография
3. сцинтиграфия
4. компьютерная томография

1347. Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти:

1. рентгенография
2. биопсия
3. ЭОД
4. радиоизотопное

1348. Контроль кровоснабжения ревааскуляризованного трансплантата в первые 3-5 суток после операции осуществляется с помощью:

1. доплерографии
2. компьютерной томографии
3. ангиографии
4. сиалографии

1349. Моделирование ревааскуляризованного трансплантата при деформации нижней челюсти проводится по:

1. стерилитографической модели

2. панорамной рентгенограмме
3. ортопантомограмме
4. обзорной рентгенограмме

1350. Предоперационное планирование моделирование малоберцового трансплантата проводится по:

1. компьютерной томограмме
2. ортопантомограмме
3. панорамной рентгенограмме
4. боковой рентгенограмме нижней челюсти

1351. Дополнительные методы исследования для диагностики переломов скуловой кости:

1. рентгенография
2. биопсия
3. ЭОД
4. радиоизотопное

1352. Для подтверждения диагноза внутрикостная гемангиома скуловой кости проводится исследование:

1. компьютерная томография
2. цитологическое
3. радиоизотопное
4. биохимическое

1353. Для рентгенологической картины фиброзной дисплазии характерна картина:

1. очаг затемнения с нечеткими границами в области образования
2. в виде тающего сахара
3. в виде нескольких полостей с четкими контурами
4. с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

1354. Деформация костных суставных элементов ВНЧС на рентгенограмме является диагностическим признаком:

1. остеоартроза
2. острого неспецифического артрита
3. синдрома болевой дисфункции
4. вывиха ВНЧС

1355. При остеоартрозе ВНЧС рентгенологически определяется:

1. деформация головки мыщелкового отростка
2. смещение суставной головки
3. расширение суставной щели
4. отсутствие суставной щели

1356. Рентгенологическая картина костного анкилоза ВНЧС характеризуется:

1. сплошным костным конгломератом
2. прерывистой суставной щелью
3. четко контурируемыми элементами суставных структур
4. зоной склероза суставной головки

1357. Основные жалобы при переломе верхней челюсти:

1. нарушение прикуса, боль, припухлость
2. боль, сухость во рту, кровоподтеки
3. резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

4. общее недомогание, головная боль

1358. Основные жалобы при переломе нижней челюсти:

1. нарушение прикуса, боль, припухлость
2. боль, сухость во рту, кровоподтеки
3. резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
4. общее недомогание, головная боль

1359. Средняя треть лица у больных с верхней микрогнатией:

1. уменьшена
2. деформирована
3. увеличена
4. не изменена

1360. Средняя треть лица у больных с верхней макрогнатией:

1. увеличена
2. уменьшена
3. деформирована
4. несимметрична

1361. Средняя треть лица у больных с верхней ретрогнатией:

1. уплощена
2. уменьшена
3. увеличена
4. несимметрична

1362. Косметические нарушения верхней челюсти при верхней микрогнатии:

1. недоразвитие
2. смещение кзади
3. чрезмерное развитие
4. несимметрична

1363. Косметические нарушения верхней челюсти при верхней макрогнатии:

1. чрезмерное развитие
2. смещение кзади
3. недоразвитие
4. несимметрична

1364. Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней ретрогнатии:

1. смещение кзади
2. недоразвитие
3. без нарушений
4. чрезмерное развитие

1365. Расчеты смещения челюстей при их остеотомии ведут по:

1. телерентгенограмме
2. ортопантограмме
3. панорамной рентгенограмме
4. компьютерной томограмме

1366. Расчеты челюстей по телерентгенограмме проводит:

1. ортодонт
2. ортопед

3. терапевт
4. хирург

1367. Расчет смещения челюстей при их остеотомии ведут по:

1. артикулятору и телерентгенограмме
2. ортопантограмме
3. компьютерной томограмме
4. панорамной рентгенограмме

1368. Расчеты челюстей по телерентгенограмме проводит:

1. ортодонт
2. ортопед
3. челюстно-лицевой хирург
4. терапевт

1369. Метод физиотерапии направленный на ускорение консолидации отломков в первые дни после перелома челюсти:

1. ультрафонофарез с метилурацилом
2. парафинотерапия
3. электорофарез с лидазой
4. массаж

1370. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1. элеватор Карапетяна
2. распатор
3. зажим Кохера
4. крючок Фарабефа

1371. Для профилактики асфиксии при операциях со значительным смещением тканей дна полости рта проводят:

1. наложение трахеостомы
2. введение воздуховода
3. наложение бимаксиллярных шин
4. прошивание и выведение языка

1372. Свободное дыхание после экстубации обеспечивается:

1. введением воздуховода
2. трахеостомией
3. прошиванием и выведением языка
4. поворотом головы пациента

1373. Критерием для проведения вторичной костной пластики после удаления злокачественных опухолей челюстей является:

1. отсутствие рецидива
2. объем опухоли
3. вид первичной опухоли
4. характер метастазирования

1374. В комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического артрита ВНЧС входят:

1. физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой ВНЧС
2. химиотерапия, иглотерапия
3. физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
4. физиотерапия, резекция мышечкового отростка, разгрузка и покой ВНЧС

1375. Эффективность восстановительного лечения оценивается по:

1. эстетической гармонии
2. восприятию со стороны окружающих
3. общему состоянию больного
4. адекватности восприятия лечения

1376. Челюстно-язычный желобок подъязычного пространства находится:

1. в заднебоковом отделе подъязычной области
2. на уровне резцов нижней челюсти и кончика языка
3. между выводными протоками поднижнечелюстной слюнной железы
4. между корнем языка и крыловидно-нижнечелюстной складкой

1377. Абсцесс отграничен мембраной:

1. пиогенной
2. базальной
3. шнейдеровской
4. полупроницаемой

1378. Вероятная одонтогенная причина формирования субпериостального абсцесса:

1. обострившийся гранулирующий периодонтит
2. глубокий кариес
3. острый гнойный пульпит
4. хронический фиброзный периодонтит

1379. Причина возникновения постинъекционного абсцесса:

1. несоблюдение правил асептики и антисептики во время анестезии
2. высокая доза сосудосуживающего препарата в карпуле
3. наличие метилпарабена в карпуле местного анестетика
4. непереносимость местного анестетика

1380. Функциональные нарушения при абсцессе подвисочной и крыловидно-небной ямок:

1. умеренное ограничение открывания рта из-за воспалительной контрактуры мышц
2. выраженное ограничение открывания рта из-за рубцовой контрактуры мышц
3. нарушение зрения из-за отека век на стороне заболевания
4. нарушение жевания и речи из-за боли

1381. Этиологическим фактором фиброматоза десен является:

1. наследственная предрасположенность
2. курение
3. бруксизм
4. избыточное содержание солей кальция в питьевой воде

1382. Симптом Венсана у больного с острым остеомиелитом возникает при локализации очага поражения в области:

1. подбородочного отдела
2. тела нижней челюсти соответственно молярам
3. угла нижней челюсти
4. суставного отростка

1383. В острой стадии остеомиелита челюсти возникает боль:

1. постоянная в причинном зубе, соседних зубах и челюсти
2. пароксизмальная

3. кинжальная в области ВНЧС
4. приступообразная в причинном зубе, соседних зубах и челюсти

1384. В острой стадии остеомиелита челюсти возникает подвижность зубов:

1. причинного и соседних зубов
2. резцов, клыков, премоляров и моляров
3. в пределах половины челюсти
4. только причинного зуба

1385. Признак воспалительной контрактуры наблюдается при флегмоне пространства:

1. субмассетериального
2. поднижнечелюстного
3. подподбородочного
4. окологлоточного

1386. Жалобы больного с флегмоной поднижнечелюстного треугольника:

1. болезненная припухлость в поднижнечелюстной области
2. затрудненное открывание рта
3. боль в области нижней челюсти
4. боль при глотании

1387. Вены подглазничной области анастомозируют с венами:

1. верхней и нижней венами глазницы
2. верхнего зубного сплетения
3. подвисочной ямки
4. полости носа

1388. Типичная локализация постинъекционного абсцесса:

1. крыловидно-нижнечелюстное пространство
2. поднижнечелюстной треугольник
3. окологлоточное пространство
4. подглазничная область

1389. В острой стадии остеомиелита челюсти на рентгенограмме выявляются:

1. хронические одонтогенные очаги
2. секвестры
3. очаги рентгенопрозрачности различного размера
4. очаги остеосклероза

1390. При перевязке наружной сонной артерии необходимо учитывать топографическую анатомию сосудисто-нервного пучка шеи, которая имеет следующее строение:

1. снаружи располагается внутренняя яремная вена, внутри от нее общая сонная артерия, далее – блуждающий нерв
2. снаружи располагается общая сонная артерия, внутри от нее внутренняя яремная вена, далее – блуждающий нерв
3. снаружи располагается блуждающий нерв, внутри от него внутренняя яремная вена, далее – общая сонная артерия
4. снаружи располагается блуждающий нерв, внутри от него общая сонная артерия, далее – внутренняя яремная вена

1391. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии следует начинать с:

1. восстановления правильного анатомического положения органа
2. трахеотомии

3. удаления инородного тела
4. коникотомии

1392. Вид асфиксии, развившийся в результате закрытия просвета дыхательных путей мягкотканым лоскутом:

1. клапанная
2. стенотическая
3. дислокационная
4. обтурационная

1393. К известным видам асфиксий относят все указанные ниже, кроме:

1. спастической
2. клапанной
3. дислокационной
4. обтурационной

1394. Лечебная тактика врача при остром гнойном периостите челюсти:

1. вскрытие поднадкостничного абсцесса, удаление причинного зуба, назначение сульфаниламидных и антигистаминных препаратов, ротовых ванн
2. пункции поднадкостничного абсцесса, создания оттока экссудата через корневые каналы причинного зуба, ротовых ванн
3. вскрытие поднадкостничного абсцесса, назначение антибиотиков, ротовых ванн, УВЧ
4. удаление причинного зуба, назначение сульфаниламидных и антигистаминных препаратов, ротовых ванн

1395. Принцип лечения флегмон челюстно-лицевой области заключается в:

1. вскрытии, дренировании и промывании антисептиками
2. применении местных мазевых повязок и компрессов
3. физиотерапевтическом лечении
4. назначении миогимнастики и механотерапии

1396. Фокус воспаления при флегмонах локализуется в:

1. межмышечной клетчатке
2. надкостнице
3. коже
4. мышечной ткани

1397. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

1. медиастенит
2. паротит
3. парез лицевого нерва
4. нервагематома мягких тканей

1398. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

1. тромбоз синусов головного мозга
2. сиалоаденит
3. повреждение второй ветви тройничного нерва
4. гематома мягких тканей

1399. Фурункул щеки может осложниться тромбофлебитом вены:

1. угловой
2. яремной
3. поверхностной височной

#### 4. носолобной

1400. При двустороннем ментальном переломе нижней челюсти угроза для жизни возникает при нарушении функции:

1. дыхания
2. жевания
3. глотания
4. речи

1401. Абсцесс челюстно-язычного желобка в первую очередь распространяется в:

1. клетчаточные пространства дна полости рта
2. клетчаточное пространство поднижнечелюстного треугольника
3. толщу языка
4. зачелюстную ямку

1402. Тромбофлебит V. Angularis является характерным осложнением, возникающим при локализации фурункула в области:

1. верхней губы
2. нижней губы
3. височной
4. подбородка

1403. Инфицирование позадичелюстной области происходит:

1. при распространении процесса из окологлоточного и крыловидно-нижнечелюстного пространства
2. от нижних зубов мудрости
3. от верхних зубов мудрости
4. при распространении воспалительного процесса из подвисочной и крылонебной ямки

1404. Основное правило пластики при работе на мягких тканях:

1. исключить натяжение перемещенных тканей
2. не ушивать рану наглухо
3. не выполнять мобилизацию тканей
4. минимизировать длину разреза

1405. Лоскут на питающей ножке состоит из:

1. кожи и подкожно-жировой клетчатки
2. расщепленной кожи
3. кожи и мышцы
4. кожи, мышцы и кости

1406. Свободная пересадка жировой ткани применяется при:

1. контурной пластике
2. замещении дефектов кожи
3. миопластике
4. хейлопластике

1407. Причинный зуб при остром остеомиелите:

1. удаляют обязательно
2. сохраняют обязательно
3. шинируют
4. депульпируют

1408. При остром остеомиелите подвижные интактные зубы в области поражения подлежат:

1. шинированию
2. удалению
3. депульпированию
4. избирательному пришлифовыванию

1409. Дезинтоксикационная терапия при остром остеомиелите способствует:

1. снижению сенсibilизации организма и повышению защитных сил
2. восстановлению трофических нарушений в костной ткани
3. уменьшению очага поражения в профилактике осложнений
4. формированию секвестров в более ранние сроки

1410. Дренирование абсцесса полости рта проводится:

1. резиновыми полосками
2. марлевыми полосками
3. ватными тампонами
4. бумажными салфетками

1411. Вскрытие капсулы слюнной железы при остром сиалоадените производится:

1. только после появления очагов размягчения и флюктуации в области железы
2. при развитии инфильтративных изменений в паренхиме железы
3. после появления гнойного отделяемого из выводного протока железы
4. при развитии прогрессирующей сухости во рту

1412. Оперативный доступ для дренирования абсцесса крыловидно-челюстного пространства:

1. разрез слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складке
2. разрез параллельно внутренней поверхности нижней челюсти на уровне моляров
3. разрез со стороны кожи, окаймляющий угол нижней челюсти
4. разрез со стороны кожи в поднижнечелюстной области

1413. Особенности ожогов лица заключаются в:

1. неравномерном поражении кожи лица
2. значительной аутоинтоксикации
3. течении раневого процесса
4. быстром развитии гнойно-септических осложнений

1414. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1. кровотечение
2. пародонтит
3. ОРВЗ
4. потеря сознания

1415. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1. шок
2. ОРВЗ
3. пародонтит
4. потеря сознания

1416. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1. травматический остеомиелит
2. асфиксия
3. ОРВЗ
4. потеря сознания

1417. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1. диплопия
2. ОРВЗ
3. асфиксия
4. потеря сознания

1418. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1. слюнные свищи
2. асфиксия
3. ОРВЗ
4. потеря сознания

1419. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1. анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
2. асфиксия
3. ОРВЗ
4. потеря сознания

1420. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1. рубцовая контрактура
2. асфиксия
3. ОРВЗ
4. потеря сознания

1421. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1. ложный сустав
2. асфиксия
3. ОРВЗ
4. потеря сознания

1422. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1. травматический верхнечелюстной синусит
2. асфиксия
3. ОРВЗ
4. потеря сознания

1423 При ожоге I степени поражается:

1. поверхностный эпидермис
2. кожа и подлежащие ткани
3. все слои эпидермиса
4. поверхностный эпидермис и капилляры

1424. При ожоге II степени поражается:

1. поверхностный эпидермис и капилляры
2. кожа и подлежащие ткани
3. поверхностный эпидермис
4. все слои эпидермиса

1425 При ожоге III(a) степени поражается:

1. все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи
2. кожа и подлежащие ткани
3. поверхностный эпидермис
4. поверхностный эпидермис и капилляры

1426. При ожоге III(б) степени поражается:

1. все слои эпидермиса
2. кожа и подлежащие ткани
3. поверхностный эпидермис
4. поверхностный эпидермис и капилляры

1427. При ожоге IV степени поражается:

1. кожа и подлежащие ткани
2. поверхностный эпидермис
3. поверхностный эпидермис и капилляры
4. все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

1428. Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом:

1. обтурационная
2. стенотическая
3. клапанная
4. аспирационная

1429. Асфиксия от сдавления дыхательной трубки:

1. стенотическая
2. клапанная
3. обтурационная
4. аспирационная

1430. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными поврежденными органами:

1. дислокационная
2. стенотическая
3. обтурационная
4. аспирационная

1431. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей вдыханием жидкого раневого содержимого или рвотных масс:

1. аспирационная
2. стенотическая
3. обтурационная
4. дислокационная

1432. Асфиксия от частичного и периодического закрытия дыхательных путей поврежденными тканями с затруднением вдоха или выдоха:

1. клапанная
2. стенотическая
3. обтурационная
4. аспирационная

1433. Причиной венозного тромбоза может быть:

1. сдавление сосудистой ножки гематомой
2. раннее снятие швов
3. сукровичное отделяемое по дренажу в послеоперационном периоде
4. позднее снятие швов

1434. Классическая картина венозного тромбоза:

1. синий лоскут
2. красный лоскут
3. розовый лоскут
4. черный лоскут

1435. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует:

1. положительный тест двойного пятна
2. положительная реакция Вассермана
3. симптом Малевича
4. снижение количества альбуминов в кров

1436. Метод обследования, проводимый для оценки состояния магистральных сосудов в реципиентной и донорской области:

1. ультразвуковая доплерография
2. контрастная ангиография
3. ортопантограмма
4. сцинтиграфия

1437. Исследование, которое проводится для определения состояния магистральных сосудов в области голени:

1. ангиография
2. магнитно-ядерная томография
3. сцинтиграфия
4. компьютерная томография

1438. Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти:

1. рентгенография
2. биопсия
3. ЭОД
4. радиоизотопное

1439. Контроль кровоснабжения ревааскуляризованного трансплантата в первые 3-5 суток после операции осуществляется с помощью:

1. доплерографии
2. компьютерной томографии
3. ангиографии
4. сиалографии

1440. При лучевой болезни хирургическое вмешательство можно проводить в период:

1. мнимого благополучия
2. любой период
3. первичных реакций
4. восстановительный период

1441. Трубочным столом называется:

1. протертое гомогенное питание
2. диета при ксеростомии
3. диета после резекции желудка
4. диета при заболеваниях ЖКТ

1442. Для повышения эффективности пластики используют:

1. физиотерапию

2. массаж
3. СВЧ гипертермию
4. криотерапию

1443. При нарушении микроциркуляции в лоскуте на ножке в послеоперационном периоде проводится:

1. физиотерапия
2. криотерапия
3. гидромассаж
4. электрокоагуляция

1444. При нарушении микроциркуляции в лоскуте на ножке в послеоперационном периоде проводится:

1. ГБО-терапия
2. криотерапия
3. гидромассаж
4. электрокоагуляция

1445. Дермабразию пересаженного кожного лоскута проводят при:

1. гиперпигментации
2. грубых рубцовых изменениях
3. рубцовых изменениях слизистой оболочки
4. образовании келлоидного рубца

1446. Для ускорения приживления свободного кожного лоскута в послеоперационном периоде проводится:

1. ГБО-терапия
2. криотерапия
3. гидромассаж
4. электрокоагуляция

1447. Для ускорения приживления свободного кожного лоскута в послеоперационном периоде проводится:

1. физиотерапия
2. гидромассаж
3. криотерапия
4. химиотерапия

1448. Радиоизотопное сцинтиографическое исследование для оценки кровоснабжения ревааскуляризованного трансплантата впервые после операции проводится на:

1. 5-е сутки
2. 2-е сутки
3. 3-е сутки
4. 4-е сутки

1449. Для ускорения регенерации костной ткани после остеотомии назначают:

1. ГБО-терапию
2. криотерапию
3. химиотерапию
4. детоксикационную терапию

1450. Питание пациента после остеотомии верхней челюсти:

1. трубочный стол

2. 15 стол
3. 9 стол
4. 1 стол

1451. При остеотомии верхней челюсти резиновая тяга накладывается после операции через:

1. несколько часов после операции или на следующий день
2. 4 дня
3. 5 дней
4. 7 дней

1452. Для ускорения регенерации костной ткани после остеотомии челюстей назначают:

1. ГБО-терапию
2. криотерапию
3. гормонотерапию
4. химиотерапию

1453. Питание пациента после остеотомии нижней челюсти назначают:

1. стол - трубочный
2. стол - 15
3. стол - 9
4. стол - 2-ой челюстной

1454. Диета пациентов с переломами челюстей:

1. стол трубочный
2. стол 1
3. стол 15
4. стол 9

1455. После наложения бимаксиллярных шин с зацепными петлями резиновые кольца (тягу) меняют:

1. 1 раз в неделю
2. 1 раз в месяц
3. ежедневно
4. 3 раза в месяц

1456. Раствор для туалета полости рта:

1. раствор марганцовокислого калия
2. 40% глюкоза
3. раствор Рингера
4. альбумин

1457. Раствор для туалета полости рта:

1. раствор диоксида
2. раствор Рингера
3. 40% глюкоза
4. альбумин

1458. После остеотомии назначают остеотропные антибиотики:

1. линкомицин
2. олететрин
3. пенициллин
4. тетрациклин

1459. Через год после перелома деформацию костей носа устраняют:

1. остеотомией костей носа
2. мануальным вправлением
3. тампонадой носа
4. наложением повязки из коллодия

1460. Через год после перелома деформацию костей носа устраняют:

1. контурной пластикой
2. мануальным вправлением
3. тампонадой носа
4. наложением повязки из коллодия

1461. Способ устранения деформации скуловой области без функциональных нарушений после застарелого перелома скуловой кости:

1. контурная пластика
2. остеотомия скуловой кости
3. радикальная гайморотомия
4. репозиция отломков

1462. Для повышения эффективности пластики используют:

1. дермабразию
2. массаж
3. СВЧ гипертермию
4. криотерапию

1463. Идентичность цвета пересаженной кожи и окружающей кожи лица достигается при помощи:

1. дезэпидермизации
2. гидромассажа
3. физиотерапия
4. криотерапии

1464. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1. остеосинтез по Макиенко
2. метод Адамса
3. дуга Энгля
4. наложение бимаксиллярных шин с працевидной повязкой

1465. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1. лобно-челюстной остеосинтез
2. метод Адамса
3. дуга Энгля
4. наложение бимаксиллярных шин с працевидной повязкой

1466. Остеосинтез по Макиенко проводится:

1. спицей
2. минипластинами
3. стальной проволокой
4. бронзо-алюминиевой лигатурой

1467. Минипластины к отломкам челюстей фиксируют:

1. титановыми винтами
2. спицей
3. шурупами
4. проволочной лигатурой

1468. Репозиция костей носа при западении отломков производится:

1. элеватором Волкова
2. крючком Лимберга
3. прямым элеватором
4. носовым зеркалом

1469. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху:

1. радикальная гайморотомия с репозицией отломков
2. остеотомия верхней челюсти
3. гайморотомия с репозицией отломков
4. радикальная гайморотомия

1470. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя:

1. 48 часов
2. 24 часа
3. 8-12 часов
4. 8 суток

1471. Поздний вторичный шов при травмах лица накладывают:

1. с началом формирования рубца
2. после эпителизации раны
3. на 4-5 сутки
4. после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

1472. Вторичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области проводят при:

1. медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса
2. отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций
3. эпителизации раны
4. на 4-5 сутки

1473. Оперативное вмешательство при изолированном переломе скуловой кости со смещением:

1. репозиция скуловой кости
2. остеотомия верхней челюсти
3. верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков
4. радикальная верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

1474. Отсроченное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается в:

1. лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
2. остановке кровотечения, улучшения функции внешнего дыхания
3. первичной хирургической обработке раны
4. временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

1475. Пересадку кожи на ожоговую рану производят:

1. после отторжения струпа и развития грануляций
2. как можно раньше
3. на 5 сутки после ожога
4. с момента эпителизации

1476. Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов:

1. встречных треугольных
2. на питающей ножке
3. на сосудистом анастомозе
4. свободных кожных лоскутов

1477. Методика пластики встречными треугольными лоскутами:

1. Лимберга
2. Миларда
3. Седилло
4. Аббе

1478. При перемещении встречных треугольных лоскутов происходит:

1. смена диагоналей
2. смена шовного материала
3. смена катетов
4. расхождение краев раны

1479. При перемещении встречных треугольных лоскутов происходит:

1. расхождение краев раны
2. смена шовного материала
3. смена краев раны
4. смена катетов

1480. Наиболее мобильный лоскут при пластике по Лимбергу:

1. меньший с острым углом
2. меньший с тупым углом
3. больший с тупым углом
4. меньший с прямым углом

1481. Метод ушивания тканей на себя выполняется:

1. послойным ушиванием раны без мобилизации краев
2. мобилизация краев раны с фиксацией пластырем
3. наложение только погружных швов
4. наложение только разгружающих швов

1482. Пластику дефектов верхней или нижней губ треугольными лоскутами с носогубных складок используют по методу:

1. Иозефа
2. Сулова
3. Рауэра
4. Лимберга

1483. Основное правило пластики местными тканями:

1. отсутствие натяжения в краях раны
2. недопустима мобилизация тканей
3. длина разреза должна быть минимальной
4. хороший гемостаз

1484. Прирост тканей при равномерных углах фигур происходит:

1. одинаково в обе стороны
2. прирост не происходит
3. равномерно в сторону больших углов
4. равномерно в сторону дополнительных разрезов

1485. Прирост тканей при неравных углах фигур происходит:

1. у вершины большего угла
2. у основания большего угла
3. у вершины малого угла
4. у основания меньшего угла

1486. Убыль тканей при неравных углах фигур происходит:

1. у основания меньшего угла
2. у основания большего угла
3. у вершины большего угла
4. у вершины малого угла

1487. Вид пластики местными тканями, при котором ткани переносят из отдаленного от дефекта места:

1. лоскутами на ножке
2. мобилизация краев раны
3. треугольными лоскутами
4. пересадка свободной кожи

1488. При индийской ринопластике лоскут на ножке берут с:

1. лобной области
2. шеи
3. щечной области
4. губо-щечной складки

1489. Первый этап пластической операции:

1. обезболивание
2. разрез
3. определение показаний
4. планирование вмешательства

1490. Первый этап восстановительного лечения:

1. планирование
2. разрез
3. обезболивание
4. определение показаний

1491. Различают несколько видов лоскутов на ножке:

1. опрокидывающийся
2. на трех питающих ножках
3. дезэпидермизированный
4. деваскуляризированный

1492. Методика пластики несквозных дефектов губ у мужчин:

1. Лексера
2. Крайля
3. Аббе
4. Диффенбах

1493. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются:

1. хроническая травма слизистой оболочки полости рта и вредные привычки
2. вторичная адентия и несостоятельные ортопедические конструкции

3. острые воспалительные процессы мягких тканей лица
4. острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

1494. В патогенезе фолликулярных кист значение имеет:

1. повреждение зубного фолликула
2. порочное развитие зубного фолликула
3. гипоплазия эмали
4. флюороз

1495. Фолликулярная киста в своей полости содержит:

1. не полностью сформированный зуб
2. полностью сформированный зуб
3. верхушку или часть корня зуба
4. корни нескольких зубов

1496. Вероятной причиной малигнизации пигментного невуса является:

1. однократная или хроническая травма
2. дефицит витамина В в организме
3. тяжелая форма сахарного диабета
4. курение

1497. Одним из канцерогенных факторов является:

1. ультрафиолетовое излучение
2. сенсбилизация организма
3. интоксикация организма
4. длительная гипоксия тканей

1498. Макропрепарат (иссеченную патологическую ткань) фиксируют для последующего гистологического исследования в:

1. 10% растворе формалина
2. 70% растворе этилового спирта
3. 5% растворе хлоргексидина
4. 1% растворе формалина

1499. Цитологическим называют исследование:

1. клеточного состава опухоли, полученного при пункции
2. небольшой опухоли
3. распространенности опухоли
4. участка ткани опухоли

1500. К инвазивному методу диагностики новообразований ЧЛО относится:

1. цитологическое исследование кисты путем пункции
2. цитологическое исследование язвы языка путем отпечатка
3. УЗ – исследование опухоли
4. компьютерная томография

1501. Пункционную биопсию проводят:

1. при глубоком залегании опухоли
2. при поверхностном расположении опухоли
3. при распаде опухоли
4. в случае риска возникновения кровотечения из опухоли

1502. К органоспецифическим новообразованиям челюстей относятся:

1. амелобластомы
2. гемангиомы челюстей
3. остеобластокластомы
4. фибромы

1503. Кисты слюнных желез относятся к:

1. опухолеподобным образованиям
2. опухолям
3. воспалительным заболеваниям
4. специфическим воспалительным заболеваниям

1504. Фиброзную гиперплазию слизистой оболочки альвеолярного отростка дифференцируют в первую очередь с:

1. эпителиальной злокачественной опухоли
2. травматической язвы
3. папилломой
4. эпюлидом

1505. Дифференциальную диагностику нагноившейся одонтогенной кисты проводят с:

1. острым гнойным периоститом челюсти
2. острым гнойным лимфаденитом
3. обострением хронического пульпита
4. острым перикоронитом

1506. Какая из перечисленных форм лейкоплакии относится к облигатному предраку:

1. эрозивно-язвенная
2. Таппейнера
3. плоская
4. мягкая

1507. Базалиома - патологический процесс, который относят к:

1. злокачественным новообразованиям
2. доброкачественным новообразованиям
3. опухолеподобным заболеваниям
4. предраковым заболеваниям

1508. Опухоль - это патологический процесс, сопровождающийся:

1. пролиферацией собственных клеток организма
2. некрозом тканей пораженного органа
3. секвестрацией костной ткани
4. образованием гнойных метастазов

1509. Рак - это злокачественная опухоль, происходящая из ткани:

1. эпителиальной
2. фиброзной
3. костной
4. жировой

1510. Метастазирование – это патологический процесс, сопровождающийся распространением клеток опухоли:

1. с током лимфы и венозной крови
2. путем прорастания капсулы
3. по ходу мышечных волокон

4. по ходу нервных стволов

1511. Для большинства доброкачественных опухолей характерно:

1. наличие соединительнотканной капсулы
2. инфильтративный рост
3. наличие деаркационного вала
4. быстрое распространение патологического процесса

1512. Способность к распространению посредством имплантации характерна для:

1. злокачественных опухолей
2. опухолеподобных заболеваний
3. доброкачественных опухолей
4. любых опухолей

1513. Доброкачественная опухоль характеризуется склонностью к росту:

1. экспансивному
2. инвазивному
3. медленному
4. быстрому

1514. Чем выше дифференцировка опухолевых клеток, тем:

1. медленнее она растет
2. быстрее она растет
3. быстрее она метастазирует
4. медленнее она изъязвляется

1515. Способ лечения фиброматоза десен:

1. иссечение пораженных участков
2. диатермокоагуляция очагов поражения
3. изготовление эластичной капы, завывшающей прикус
4. закрытый кюретаж

1516. Удаление папиллярных разрастаний (очагов папилломатоза) на твердом небе проводят при помощи:

1. электрохирургической петли
2. жидкого азота
3. гелий-неонового лазера
4. кровоостанавливающего зажима

1517. Основным патогенетическим фактором в течение фиброзной дисплазии скуловой кости является:

1. очаговое нарушение костеобразования
2. острый пульпит
3. перелом челюсти
4. рецидив кисты

1518. Для подтверждения диагноза «Фиброзная дисплазия скуловой кости» проводится исследование:

1. гистологическое
2. радиоизотопное
3. реакция Вассермана
4. динамика тимоловой пробы

1519. Для подтверждения диагноза «Фиброзная дисплазия скуловой кости» проводится исследование:

1. компьютерная томография
2. радиоизотопное
3. реакция Вассермана
4. биохимический анализ крови

1520. Для подтверждения диагноза «Внутрикостная гемангиома скуловой кости» проводится исследование:

1. компьютерная томография
2. цитологическое
3. радиоизотопное
4. биохимическое

1521. Для рентгенологической картины фиброзной дисплазии характерна картина:

1. очаг затемнения с нечеткими границами в области образования
2. в виде тающего сахара
3. в виде нескольких полостей с четкими контурами
4. с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

1522. Мостовидный лоскут по Лапчинскому формируют из тканей:

1. подподбородочной области
2. теменной области
3. затылочной области
4. лобной области

1523. Мостовидный лоскут Лексера формируют из тканей:

1. теменной области
2. затылочной области
3. подподбородочной области
4. лобной области

1524. Метод закрытия дефекта скользящим лоскутом был предложен:

1. Шимановским
2. Рауэром
3. Диффенбахом
4. Лимбергом

1525. Метод формирования дублированного лоскута предложен:

1. Рауэром
2. Брунсом
3. Диффенбахом
4. Лимбергом

1526. Дублированный лоскут по Рауэру формируется на:

1. плече и груди
2. плече и животе
3. груди и животе
4. груди и шее

1527. Для восстановления дефекта бровей лоскут на ножке формируют:

1. на волосистой части головы
2. в заушной области

3. в лобной области
4. в области губо-щечной складки

1528. Свободный кожный лоскут по Педжету называется:

1. в три четверти толщины
2. расщепленным
3. тонким дермоэпителиальным
4. полнослойной кожей без клетчатки

1529. Свободной пересадкой кожи называется:

1. пересадка кожного аутотрансплантата
2. перенос кожи стебельчатого лоскута
3. перемещение кожного лоскута на ножке
4. перемещение кожного лоскута на микроанастомозе

1530. Свободный кожный лоскут фиксируют на ране:

1. узловыми швами
2. давящей повязкой
3. узловыми швами и давящей повязкой
4. парафиновой повязкой

1531. Полнослойный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности:

1. боковой шеи
2. тыла стопы
3. наружной бедра
4. передней живота

1532. Максимальные размеры свободного кожного аутотрансплантата составляют не более:

1. 6 см
2. 3 см
3. 4 см
4. 2 см

1533. Для контурной пластики не используется:

1. мышцы
2. кость
3. хрящ
4. титановые минипластины

1534. Вторичная костная пластика после основной операции проводится через:

1. 1-1.5 года
2. 1-2 месяца
3. 3-4 месяца
4. 6-8 месяцев

1535. Сроки проведения вторичной костной пластики обусловлены:

1. завершением образования костной мозоли
2. завершением формирования рубцов
3. завершением формирования сосудов
4. восстановлением иннервации

1536. Аутотрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут из:

1. гребешка подвздошной кости

2. костей стопы
3. бедренной кости
4. ключицы

1537. Наиболее подходящими донорскими местами для свободной пересадки кожи на лицо являются:

1. внутренняя поверхность плеча
2. передняя поверхность живота
3. задняя поверхность шеи
4. кожа предплечья

1538. Свободной пересадкой кожи называется:

1. пересадка кожного аутотрансплантата
2. перенос кожи стебельчатого лоскута
3. перемещение кожного лоскута на ножке
4. перемещение кожного лоскута на микроанастомозе

1539. Скуловую кость фиксируют:

1. минипластинами
2. винтами
3. проволочной лигатурой
4. брекетами

1540. Фиксация скуловой кости после ее репозиции элеватором Карапетяна осуществляется:

1. тампоном, пропитанным йодоформом
2. коллодийной повязкой
3. пластмассовым вкладышем
4. наружными швами

1541. Фиксация скуловой кости после ее репозиции крючком Лимберга осуществляется:

1. заклиниванием между отломками
2. коллодийной повязкой
3. пластмассовым вкладышем
4. тампоном, пропитанным йодоформом

1542. После фиксации скуловой кости йодоформным тампоном конец его выводится через отверстие:

1. в области бугра верхней челюсти
2. по переходной складке
3. в скуловой области
4. в области нижнего носового хода

1543. Оперативное лечение при срединной расщелине носа проводится на:

1. костно-хрящевой части носа
2. кожной части носа
3. хрящевой части носа
4. костной части носа

1544. Устранение седловидного носа поводится путем:

1. введения хрящевого трансплантата
2. сшивания четырехугольных хрящей
3. введения костного трансплантата
4. сшивания крыльчатых хрящей

1545. Оперативный доступ для устранения седловидной деформации носа:

1. наружный разрез в области боковых отделов носа с двух сторон
2. наружный разрез на кончике носа
3. поперечный разрез у основания спинки носа
4. разрез в виде ласточкиного хвоста

1546. При остеотомии верхней челюсти разрез слизистой оболочки проходит:

1. от 1.6 до 2.6
2. от 1.3 до 2.3
3. от 1.4 до 2.4
4. от бугра до 4.5

1547. Остеотомию верхней челюсти проводят по:

1. ФОР I
2. ФОР II и срединному шву
3. ФОР III
4. ФОР IV

1548. Остеотомию верхней челюсти при ее сужении проводят по:

1. ФОР I и срединному шву
2. ФОР II
3. ФОР III
4. ФОР I

1549. При фрагментарной остеотомии верхней челюсти удаляют:

1. 1.5: 2.5
2. 1.3: 2.3
3. 1.2: 2.2
4. 3.5: 4.5

1550. При ретро положении верхней челюсти после ее остеотомии смещение проводят:

1. вперед
2. вверх
3. назад
4. вправо

1551. Слизистая оболочка верхнечелюстных синусов после остеотомии верхней челюсти:

1. не удаляется
2. удаляется частично, в области дна
3. удаляется полностью
4. удаляется частично, в области медиальной стенки носа

1552. Фиксация верхней челюсти после остеотомии проводится в области:

1. скулоальвеолярного гребня и грушевидного отверстия
2. скулоальвеолярного гребня с двух сторон
3. скулоальвеолярного гребня и бугров с двух сторон
4. бугров

1553. При доброкачественных новообразованиях верхней челюсти в пределах альвеолярной части проводится:

1. частичная резекция верхней челюсти
2. резекция верхней челюсти

3. половинная резекция верхней челюсти
4. химиотерапия

1554. Доступ для операции частичной резекции верхней челюсти:

1. внутриротовой
2. по Евдокимову
3. по Рудько
4. по Диффенбаху

1555. Остеотомия нижней челюсти внутриротовым способом проводится по:

1. Обвегезору
2. Тигершедту
3. Евдокимову
4. Рудько

1556. Аутотрансплантат для проведения костной пластики нижней челюсти берут из:

1. малой берцовой кости
2. бедренной кости
3. точка стопы
4. ключицы

1557. Основным хирургическим методом лечения рубцовой контрактуры нижней челюсти заключается в:

1. рассечение и иссечение рубцов с последующей пластикой операционных дефектов
2. иссечении рубцов
3. рассечении рубцов
4. вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти

1558. Лечение фиброзного анкилоза ВНЧС заключается в:

1. артропластике
2. редрессации
3. остеотомии нижней челюсти
4. создании ложного сустава

1559. Ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1. наложение бимаксиллярных шин с працевидной повязкой
2. остеосинтез
3. аппарат Збаржа
4. дуга Энгля

1560. Хирургическо-ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1. метод Адамса
2. остеосинтез
3. дуга Энгля
4. наложение бимаксиллярных шин с працевидной повязкой

1561. Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина:

1. Порта
2. Ванкевич
3. Тигершtedта
4. Збаржа

1562. Для иммобилизации переломов при беззубой верхней челюсти применяется шина:

1. Порта
2. Ванкевич
3. Тигерштедта
4. Збаржа

1563. Метод фиксации при переломах костей носа:

1. тампонада носовых ходов и наружная повязка из гипса или коллодия
2. пращевидная повязка
3. тампонада носовых ходов
4. остеосинтез

1564. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1. крючок Лимберга
2. распатор
3. зажим Кохера
4. крючок Фарабефа

1565. Доступ для репозиции скуловой кости элеватором Карапетяна:

1. внутриротовой
2. внеротовой
3. наружный
4. внутренний

1566. Доступ для репозиции скуловой кости крючком Лимберга:

1. внеротовой
2. внутриротовой
3. наружный
4. внутренний

1567. После репозиции, фиксация скуловой кости при ее переломе со смещением в верхнечелюстную пазуху осуществляется:

1. тампоном пропитанным йодоформом
2. коллодийной повязкой
3. пластмассовым вкладышем
4. наружными швами

1568. После фиксации скуловой кости йодоформным тампоном конец его выводится через отверстие:

1. в области нижнего носового хода
2. по переходной складке
3. в области бугра верхней челюсти
4. в скуловой области

1569. Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента травмы в течение:

1. 24 часов
2. 8-12 часов
3. 48 часов
4. 72 часов

1570. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента травмы в течение:

1. 24-48 часов
2. 8-12 часов

3. 3 суток
4. 8 суток

1571. Обязательным мероприятием при проведении первичной хирургической обработки ран лица является введение:

1. противостолбнячная сыворотка
2. антирабическая сыворотка
3. стафилококковый анатоксин
4. гамма-глобулин

1572. Первичная хирургическая обработка ран лица по возможности должна быть:

1. ранней и окончательной
2. частичной и ранней
3. своевременной и частичной
4. частичной и поздней

1573. Фиксация скуловой кости после ее репозиции крючком Лимберга осуществляется:

1. заклиниванием между отломками
2. наружными швами
3. пластмассовым вкладышем
4. тампоном, пропитанным йодоформом

1574. Срочное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается в:

1. первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
2. лечению осложнений воспалительного характера
3. иммобилизации переломов костей лица
4. остановке кровотечения, улучшения функции внешнего дыхания

1575. Первичная хирургическая обработка ожога включает в себя:

1. антисептическую обработку кожи вокруг ожога, удаление крупных пузырей и очищение загрязнения, мазевая повязка
2. антисептическую обработку кожи вокруг ожога
3. иссечение обожженной кожи
4. наложение асептической повязки

1576. Репозиция костей носа при западении отломков производится:

1. элеватором Волкова
2. крючком Лимберга
3. прямым элеватором
4. носовым зеркалом

1577. Обязательным условием при вправлении вывиха нижней челюсти является оттягивание:

1. челюсти книзу
2. челюсти в сторону
3. челюсти вверх
4. челюсти в сторону вывиха

1578. Большие пальцы рук врач при вправлении вывиха нижней челюсти устанавливает на:

1. моляры справа и слева или альвеолярные отростки
2. углы нижней челюсти
3. фронтальную группу зубов

#### 4. моляры верхней челюсти

1579. При вывихе нижней челюсти показано:

1. вправление головки в суставную впадину
2. иммобилизация
3. резекция суставного бугорка
4. прошивание суставной капсулы

1580. Эффективность восстановительного лечения оценивается по:

1. анатомической форме
2. восприятию со стороны окружающих
3. общему состоянию больного
4. адекватности восприятия лечения

1581. Эффективность восстановительного лечения оценивается по:

1. функции
2. восприятию со стороны окружающих
3. общему состоянию больного
4. адекватности восприятия лечения

1582. Позднее осложнение переломов скуловой кости, костей носа и скуловой дуги:

1. вторичные деформации лицевого скелета
2. гипосаливация
3. телеангиоэктазии
4. парез ветвей лицевого нерва

1583. Швы в полости рта после остеотомии верхней челюсти снимаются:

1. 7-10 сутки
2. 2-3 сутки
3. 3-5 сутки
4. 12-15 сутки

1584. Лечение контрактур нижней челюсти:

1. комплексное
2. хирургическое
3. консервативное
4. физиотерапевтическое

1585. Экстренное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается в:

1. остановке кровотечения, улучшения функции внешнего дыхания
2. лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
3. первичной хирургической обработке раны
4. временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

1586. Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии:

1. трахеотомия
2. введение воздуховода
3. удаление инородного тела
4. восстановление анатомического положения органа

1587. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии:

1. восстановление анатомического положения органа
2. введение воздуховода
3. удаление инородного тела
4. трахеотомия

1588. Основной этап операции трахеотомии заключается в:

1. иссечении участка колец трахеи
2. разведении колец трахеи
3. раздвижении мягких тканей над трахеей
4. рассечение кожи над трахеей

1589. Для профилактики асфиксии язык прошивается в направлении:

1. горизонтально
2. под углом к средней линии
3. вертикально по средней линии
4. под углом к боковой поверхности языка

1590. Для профилактики асфиксии язык прошивается:

1. на границе задней и средней трети
2. в передней трети
3. по средней линии
4. у корня

1591. Вид обезболивания при проведении остеотомии верхней челюсти:

1. общее (наркоз)
2. местное
3. нейрорептаналгезия
4. комбинированное

1592. Вид обезболивания при проведении остеотомии нижней челюсти:

1. общее (наркоз)
2. комбинированное
3. местное
4. нейрорептаналгезия

1593. Обезболивание при вправлении вывиха нижней челюсти:

1. по Дубову
2. наркоз
3. нейрорептаналгезия
4. сочетанное

1594. Показанием для проведения наркоза при вправлении вывиха нижней челюсти является:

1. рефлекторная контрактура жевательных мышц
2. привычный вывих
3. выраженная гиперсаливация
4. деформация ветви челюсти

1595. Метод физиотерапии, направленный на ускорение консолидации отломков в первые дни после перелома челюсти:

1. ультрафонофарез с метилурацилом
2. парафинотерапия
3. электорофарез с лидазой
4. массаж

1596. Лечение острого артрита ВНЧС включает:

1. физиотерапию
2. редрессацию
3. артропластику
4. создание ложного сустава

1597. Стимулирует эпителизацию раны:

1. солкосерил
2. коргликон
3. эмульсия синтомицина
4. триметилдифтор параамин

1598. Какой вид шприца применяется для проведения местной анестезии в современной стоматологии:

1. карпульный шприц Кука
2. шприц Жане
3. двухкомпонентный шприц Мердока
4. инъекционный шприц Фишера

1599. Для проводниковой анестезии рекомендуется игла длиной:

1. 42 мм
2. 12 мм
3. 16 мм
4. 100 мм

1600. Какая средняя глубина введения иглы при резцовой анестезии:

1. 0.8-1 см
2. 0.3-0.5 см
3. 1.5-2.5 см
4. 1.2-1.5 см

1601. При проведении операции удаления 3.7 зуба необходимо провести анестезию:

1. мандибулярную
2. торусальную
3. туберальную
4. ментальную

1602. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зуба:

1. местная анестезия
2. наркоз
3. нейрорептанальгезия
4. акупунктура

1603. Анестетики группы сложных эфиров гидролизуются:

1. псевдохолинэстеразой
2. гидролазой
3. трансаминазой
4. лидазой

1604. Обозначение Д-С форте соответствует концентрации вазоконстриктора:

1. 1:100000
2. 1:200000

3. 1:300000
4. 1:400000

1605. Целевым пунктом анестезии по С. Маламеду является отверстие:

1. подбородочное
2. резцовое
3. небное
4. круглое

1606. При мандибулярной анестезии происходит блокада сплетения:

1. нижнего зубного
2. среднего зубного
3. верхнего зубного
4. околозубного

1607. При инфильтрационной анестезии на верхней челюсти скос иглы направлен:

1. к кости
2. от кости
3. в кость
4. мимо кости

1608. Острое нарушение дыхания в результате механического препятствия в верхних дыхательных путях:

1. асфиксия
2. асистолия
3. арефлексия
4. афазия

1609. При анафилактическом шоке, который осложнился остановкой дыхания, в ожидании реанимационной бригады скорой помощи следует:

1. начать ИВЛ, начать массаж сердца
2. ввести сальбутамол через небулайзер
3. ввести в/в супрастин
4. ввести в/в эуфиллин

1610. Как называется по имени автора прием для удаления инородных тел из верхних дыхательных путей:

1. Геймлиха
2. Вайсблата
3. Труссо
4. Кохера

1611. Как следует располагать ладони на грудной клетке взрослого человека для проведения закрытого массажа сердца:

1. на средней части грудины
2. на границе нижней и средней части грудины
3. на мечевидном отростке грудины
4. на верхней части грудины

1612. Оптимальный ритм ударов при закрытом массаже сердца в минуту должен составлять:

1. 100-120
2. 80-100
3. 50-70

#### 4. 110-130

1613. При проведении реанимации вдвоем взрослому человеку соотношение непрямого массажа сердца и ИВЛ составляет:

1. 30:2
2. 1:4
3. 1:5
4. 5:2

1614. Нитроминт-аэрозоль, является средством для купирования:

1. приступа стенокардии
2. судорожного припадка
3. гипертонического криза
4. стенотической асфиксии

1615. Препаратами первой помощи при анафилактическом шоке являются:

1. глюкокортикоиды, адреналин, антигистамины, эуфиллин
2. анаболические гормоны, антибиотики
3. антиаритмики, сердечные гликозиды
4. диуретики, седативные

1616. Пульс в бессознательном состоянии определяют в проекции артерии:

1. наружной сонной
2. лучевой
3. локтевой
4. плечевой

1617. При обмороке важно обеспечить положение пациента:

1. горизонтальное с приподнятыми ногами
2. сидячее
3. на правом боку
4. на левом боку

1618. Для обморока характерным является:

1. снижение тонуса мышц
2. тахикардия
3. гипертония
4. гипертермия кожи

1619. Для коллапса характерным является:

1. бледность и влажность кожных покровов
2. артериальная гипертония
3. суженный зрачок
4. двигательное беспокойство

1620. Для типичного приступа стенокардии характерный симптом:

1. давящие боли в области сердца с иррадиацией в левую лопатку, левую половину шеи
2. тяжесть в области живота
3. гипотония
4. длительная боль в области сердца

1621. Потеря сознания характерна для:

1. обморока

2. инсульта
3. тиреотоксического криза
4. приступа стенокардии

1622. Анафилактический шок - это:

1. тяжелая аллергическая реакция немедленного типа
2. химическая реакция
3. иммунная реакция
4. острая обструктивная дыхательная недостаточность

1623. Для гипогликемии характерным является:

1. чувство голода
2. общая возбудимость
3. влажность кожных покровов
4. беспокойство

1624. Полное перекрытие просвета дыхательных путей происходит при асфиксии:

1. обтурационной
2. аспирационной
3. стенотической
4. клапанной

1625. Во время коллапса кожные покровы:

1. влажные, бледные
2. сухие, гиперемированные
3. сухие, бледные
4. влажные, гиперемированные

1626. При потере сознания в результате попадания инородного тела в верхние дыхательные пути выполняют:

1. коникотомию
2. торакотомия
3. трахеотомию
4. корнеотомию

1627. Доминирующим проявлением системной анафилаксии (анафилактического шока) является:

1. сосудистый коллапс
2. приступ удушья
3. кардиогенный шок
4. крапивница

1628. Пациенту в состоянии клинической смерти лекарственные средства вводятся:

1. внутривенно
2. внутримышечно
3. подъязычно
4. внутрисердечно

1629. При передозировке адреналина больному необходимо ввести внутривенно:

1. 1 мл атропина
2. 1 мл мезатона
3. 1 мл норадреналина
4. 1 мл дексаметазона

1630. Во время приступа гипервентиляции пациенту необходимо:

1. замедлить частоту дыхания
2. увеличить частоту дыхания
3. задержать вдох
4. задержать выдох

1631. При гипертоническом кризе положение пациента должно быть:

1. полусидя
2. лежа
3. полулежа
4. сидя

1632. При попадании инородного тела в дыхательные пути взрослого пациента во время стоматологического лечения необходимо выполнить прием:

1. Геймлиха
2. Сафара
3. Альцгеймера
4. Тренделенбурга

1633. Наиболее эффективный метод лечения ретенционных кист подъязычных слюнных желез:

1. цистаденэктомия
2. цистотомия
3. криотерапия
4. склерозирование

1634. К местным противопоказаниям для проведения оперативного вмешательства на тканях пародонта является:

1. острый герпетический стоматит
2. активная форма туберкулеза
3. сахарный диабет
4. тиреотоксикоз

1635. Местным противопоказанием к проведению интралигаментарной анестезии является:

1. обострение хронического пародонтита
2. гипоплазия эмали
3. некроз пульпы
4. кариес дентина

1636. К осложнениям местного характера при проведении местной анестезии относят:

1. тризм
2. гипертонический криз
3. анафилактический шок
4. отек Квинке

1637. К осложнениям общего характера при проведении местной анестезии относят:

1. гипертонический криз
2. парез лицевого нерва
3. гематому
4. дентальную плексалгию

1638. Непосредственное местное осложнение, возникающее при нарушении техники инъекции анестетика:

1. гиперемия в области введения анестетика

2. тризм
3. двигательное возбуждение
4. двигательное угнетение

1639. Носовое кровотечение является местным осложнением при проведении внутриротовой анестезии нерва:

1. носонебного
2. большого небного
3. подбородочного
4. подглазничного

1640. Непосредственное общее осложнение, возникающие при передозировке анестетика:

1. двигательное возбуждение
2. тризм
3. гиперемия в области введения анестетика
4. двигательное угнетение

1641. Анестезия при удалении зубов на нижней челюсти:

1. торусальная
2. туберальная
3. резцовая
4. по Берше-Дубову

1642. Анестезия при удалении зубов на верхней челюсти:

1. инфраорбитальная
2. по Берше-Дубову
3. по Вишневскому
4. анестезия у ментального отверстия

1643 Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна при удалении:

1. верхних премоляров, моляров, клыка
2. нижнего первого моляра
3. нижнего третьего моляра
4. нижнего первого премоляра

1644. При анестезии у резцового отверстия происходит воздействие на:

1. носонебный нерв
2. большой небный нерв
3. язычный нерв
4. щечный нерв

1645. При анестезии у резцового отверстия блокируется:

1. носонебный нерв
2. жевательный нерв
3. язычный нерв
4. большой небный нерв

1646. Осмотр полости рта пациента с воспалительной контрактурой жевательных мышц проводится:

1. после проведения анестезии по Берше-Дубову
2. с помощью ларингоскопа
3. после проведения торусальной анестезии
4. после проведения мандибулярной анестезии

1647. При проведении анестезии по Егорову представляется возможным блокировать нервы:

1. жевательный, височный, крыловидный
2. жевательный, височный, язычный
3. жевательный, височный
4. височный, крыловидный

1648. Для проведения аппликационной анестезии используют:

1. лидокаин 10%
2. артикаин 4%
3. лидокаин 0.5%
4. мепивакаин 2%

1649. Не используется для проведения аппликационной анестезии:

1. бупивакаин 0.5%
2. эмла
3. лидокаин 10%
4. пиромекаин 5%

1650. Анатомическим ориентиром для вкола иглы при проведении мандибулярной анестезии аподактильным методом является:

1. крыловидно-нижнечелюстная складка
2. наружная косая линия
3. внутренняя косая линия
4. переходная складка

1651. Неврит подглазничного нерва может возникнуть при проведении:

1. инфраорбитальной анестезии
2. туберальной анестезии
3. инфильтрационной анестезии
4. резцовой анестезии

1652. Общее осложнение местной анестезии:

1. анафилактический шок
2. гематома
3. неврит
4. отлом иглы

1653. Плановое удаление зубов у пациентов, перенесших инфаркт миокарда возможно после консультации кардиолога через:

1. 6 месяцев
2. 2 месяца
3. 10 месяцев
4. 1 месяц

1654. Ишемия кожи в подглазничной области наблюдается при проведении:

1. инфраорбитальной анестезии
2. туберальной анестезии
3. анестезии у резцового отверстия
4. анестезии у ментального отверстия

1655. Для какого состояния характерны следующие клинические симптомы - потеря сознания, бледные кожные покровы, низкое артериальное давление:

1. обморок

2. коллапс
3. гипертонический криз
4. анафилактический шок

1656. Постинъекционная контрактура при проведении мандибулярной анестезии обусловлена:

1. травмой медиальной крыловидной мышцы
2. травмой жевательной мышцы
3. невритом тройничного нерва
4. парезом лицевого нерва

1657. Обезболивание пульпы при интралигаментарной анестезии длится:

1. 20-30 мин.
2. 40-60 мин.
3. более 60 мин.
4. 10-15 мин.

1658. Обезболивание пульпы при внутрикостной анестезии составляет:

1. 40-60 мин.
2. 20-30 мин.
3. более 90 мин.
4. 10-15 мин.

1659. Клиническим признаком наступления пародонтальных способов анестезии является:

1. наличие участка ишемии десны вокруг места инъекции
2. гиперемия десны в месте введения анестетика
3. потеря чувствительности на всей половине челюсти
4. ощущение крепитации мягких тканей в области введения раствора

1660. Проведение пародонтальных способов анестезии показано при:

1. лечении зубов по поводу кариеса
2. лечении зубов при остром и обострении хронического периодонтита
3. воспалении тканей пародонта
4. удалении зубов при остром периодонтите

1661. Показанием для проведения пародонтальных способов анестезии является:

1. лечение зубов при остром и хроническом пульпите
2. удаление зубов при обострении хронического периодонтита
3. лечение зубов при остром периодонтите
4. лечение воспалительных заболеваний тканей пародонта

1662. Показанием для проведения интралигаментарной анестезии является:

1. лечение и удаление временных зубов
2. лечение зубов при остром периодонтите
3. удаление зубов при остром периодонтите
4. проведение открытого кюретажа

1663. Показанием для проведения интралигаментарной анестезии является:

1. кариес, пульпит
2. открытый кюретаж
3. гингивит
4. пародонтит

1664. Противопоказанием для проведения интралигаментарной анестезии является:

1. лечение и удаление зубов при остром периодонтите
2. лечение кариеса зубов
3. препарирование твердых тканей зуба под коронку
4. лечение зубов при хроническом пульпите

1665. Противопоказанием для проведения интралигаментарной анестезии является:

1. воспалительные заболевания тканей пародонта
2. эндодонтическое лечение зубов при хроническом пульпите
3. препарирование твердых тканей зуба под коронку
4. лечение зубов по поводу кариеса

1666. Противопоказанием для проведения интралигаментарной анестезии является:

1. наличие эндокардита в анамнезе
2. лечение и удаление временных зубов
3. лечение зубов при хроническом пульпите
4. препарирование твердых тканей зуба под коронку

1667. Объем обезболивающего раствора для проведения интралигаментарной анестезии однокорневого зуба составляет:

1. 0,12-0,18 мл
2. 0,06-0,09 мл
3. 0,5-0,7 мл
4. 1,0-1,2 мл

1668. Местом вкола иглы для интралигаментарной анестезии является:

1. десневая бороздка
2. межзубная перегородка
3. основание межзубного десневого сосочка
4. основание резцового сосочка

1669. Местом вкола иглы для интрасептальной анестезии является:

1. основание межзубного десневого сосочка
2. середина расстояния между двумя десневыми сосочками
3. межзубная перегородка
4. верхушка корня

1670. Местом вкола иглы для внутрикостной анестезии является:

1. основание межзубного десневого сосочка
2. десневая бороздка
3. периодонтальная щель
4. верхушка корня

1671. Угол введения иглы при интралигаментарной анестезии (в градусах):

1. 30
2. 45
3. 90
4. 0

1672. Угол введения иглы при интрасептальной анестезии (в градусах):

1. 90
2. 125
3. 30
4. 0

1673. Угол введения иглы при внутрикостной анестезии (в градусах):

1. 30-45
2. 90
3. 100
4. 0

1674. При интралигаментарной анестезии депо анестетика создается в области:

1. периодонтальной щели
2. десневой бороздки
3. основания межзубного десневого сосочка
4. межзубной перегородки

1675. При интрасептальной анестезии депо анестетика создается в области:

1. межзубной перегородки
2. основания межзубного десневого сосочка
3. периодонтальной щели
4. верхушки корня

1676. При внутрикостной анестезии депо анестетика создается в области:

1. верхушки корня
2. основания межзубного десневого сосочка
3. периодонтальной щели
4. межзубной перегородки

1677. Количество точек вкола при интралигаментарной анестезии двухкорневого зуба составляет:

1. 2-3
2. 3-5
3. 4-6
4. 5-8

1678. Механизм пародональных способов анестезии основан на распространении местноанестезирующего раствора:

1. в костномозговые пространства
2. поднадкостнично
3. в периодонтальную щель
4. под слизистую оболочку

1679. Латентный период интралигаментарной анестезии составляет:

1. менее 1 мин.
2. не менее 5 мин.
3. не менее 10 мин.
4. не менее 20 мин.

1680. Максимальный эффект интрасептальной анестезии развивается через:

1. 2-3 мин.
2. 20 мин.
3. 30-40 мин.
4. 7 мин.

1681. Интралигаментарная анестезия обеспечивает обезболивание:

1. одного зуба
2. фронтальной группы зубов верхней челюсти от клыка до клыка

3. всех зубов нижней челюсти с одной стороны
4. трех зубов

1682. Максимально безопасное проведение интралигаментарной анестезии обеспечивается применением:

1. автоматизированного инъектора системы STA
2. карпульного инъектора
3. инъектора для интралигаментарной анестезии
4. автоматизированной системы Quick-Sleeper

1683. Создание и поддержание высокого давления при интралигаментарной анестезии достигается с помощью:

1. редуктора
2. рукоятки шприца
3. угловой насадки
4. поршня

1684. Показанием для проведения аппликационной анестезии является:

1. обезболивание места вкола перед инъекцией
2. препарирование твердых тканей зуба под коронку
3. удаление постоянного зуба
4. депульпирование зуба

1685. Безопасность аппликационной анестезии достигается:

1. удалением излишков анестетика после окончания времени его экспозиции
2. использованием аэрозольных форм выпуска анестетика
3. применением водорастворимых аппликационных средств
4. применением анестетика высокой концентрации

1686. Экспозиция местного анестетика при аппликационной анестезии составляет:

1. 2-3 мин.
2. 15 мин.
3. 10 мин.
4. 40 мин.

1687. Преимущество диплен-пленки при аппликационной анестезии заключается в том, что:

1. обладает обезболивающим и антибактериальным действиями
2. анестетик проникает на глубину более 5 мм
3. эффект обезболивания продолжается около 60 мин.
4. эффект обезболивания наступает сразу после адгезии пленки

1688. Действие местных анестетиков при воспалении:

1. уменьшается
2. увеличивается
3. не изменяется
4. удлиняется

1689. Лидокаин:

1. используется для всех видов анестезии
2. суживает сосуды
3. относится к группе сложных эфиров
4. по активности уступает прокаину (новокаину)

1690. Бензокаин применяется:

1. для поверхностной анестезии
2. для инфильтрационной анестезии
3. для проводниковой анестезии
4. для всех видов местной анестезии

1691. Артикаин используется у детей с:

1. 4 лет
2. 2 лет
3. 1 года
4. 6 месяцев

1692. Токсическое действие на сердце наиболее выражено у:

1. бупивакаина
2. лидокаина
3. артикаина
4. прокаина (новокаина)

1693. Основной вид обезболивания при проведении амбулаторных:

1. стоматологических вмешательств
2. местная анестезия
3. нейрорептанальгезия
4. общая анестезия (наркоз)

1694. Препарат, используемый для всех видов местной анестезии:

1. лидокаин
2. артикаин
3. бензокаин (анестезин)
4. прокаин (новокаин)

1695. Препарат, используемый для поверхностной анестезии:

1. бензокаин (анестезин)
2. артикаин
3. мепивакаин
4. прокаин (новокаин)

1696. Лидокаин:

1. действует дольше прокаина (новокаина)
2. используется только для поверхностной анестезии
3. по активности уступает прокаину (новокаину)
4. разрушается псевдохолинэстеразой

1697. Бупивакаин:

1. действует дольше артикаина
2. действует быстрее артикаина
3. используется для всех видов местного обезболивания
4. суживает сосуды

1698. Артикаин:

1. обладает высокой диффузионной способностью
2. действует через 10–15 минут
3. суживает сосуды
4. применяется для поверхностной анестезии

1699. Тетракаин (дикаин):

1. используется только для поверхностной анестезии
2. суживает сосуды
3. используется для всех видов местной анестезии
4. обладает низкой токсичностью

1700. Мепивакаин:

1. не вызывает расширения сосудов
2. действует 20-30 минут
3. используется для всех видов анестезии
4. по активности уступает прокаину (новокаину)

1771. Мепивакаин:

1. по активности превосходит прокаин (новокаин)
2. действует короче лидокаина
3. вызывает расширение сосудов
4. используется для поверхностной анестезии 477

1772. Бупивакаин:

1. анестетик из группы амидов
2. применяется для поверхностной анестезии
3. суживает сосуды
4. обладает низкой токсичностью

1773. Местный анестетик, выпускаемый в карпулах:

1. артикаин
2. тримекаин
3. прокаин (новокаин)
4. бензокаин (анестезин)

1774. Максимально допустимая доза артикаина для детей:

1. 5 мг/кг
2. 1,5 мг/кг
3. 4,4 мг/кг
4. 0,5 мг/кг

1775. Максимально допустимая доза артикаина для взрослых:

1. 7 мг/кг
2. 1,5 мг/кг
3. 4,4 мг/кг
4. 5 мг/кг

1776. Максимально допустимая доза лидокаина без эпинефрина (адреналина):

1. 4,4 мг/кг
2. 1,5 мг/кг
3. 0,5 мг/кг
4. 7 мг/кг

1777. Максимально допустимая доза мепивакаина без эпинефрина (адреналина):

1. 4,4 мг/кг
2. 1,5 мг/кг
3. 0,5 мг/кг

4. 7 мг/кг

1778. Концентрация раствора мепивакаина без эпинефрина (адреналина):

1. 3%
2. 2%
3. 1%
4. 4%

1779. Меньше проникает через гистогематические барьеры:

1. артикаин
2. лидокаин
3. мепивакаин
4. бупивакаин (маркаин)

1780. Местный анестетик, выпускаемый для поверхностной анестезии в виде спрея:

1. лидокаин
2. мепивакаин
3. артикаин
4. прокаин (новокаин)

1781. Местный анестетик, выпускаемый в карпулах в виде 3% раствора без вазоконстриктора:

1. мепивакаин
2. лидокаин
3. прокаин (новокаин)
4. артикаин

1782. Концентрация раствора лидокаина, выпускаемого в виде спрея:

1. 10%
2. 5%
3. 4%
4. 2%

1783. Концентрация мепивакаина в местноанестезирующем растворе, содержащем эпинефрин (адреналин):

1. 2%
2. 3%
3. 4%
4. 5%

1784. Концентрация раствора артикаина для местной анестезии в стоматологии:

1. 4%
2. 3%
3. 2%
4. 1%

1785. Концентрация раствора лидокаина для проводниковой анестезии в стоматологии:

1. 2%
2. 3%
3. 1%
4. 4%

1786. Метилпарабены вводятся в состав раствора анестетика, выпускаемого в ампулах с целью:

1. стерилизации

2. стабилизации
3. воздействия на кислотность
4. связывания ионов тяжелых металлов, входящих в состав стекла карпулы

1787. В качестве стабилизатора эpineфрина (адреналина) в местноанестезирующие растворы добавляют:

1. сульфиты
2. парабены
3. ЭДТА
4. натрия хлорид

1788. Количество мепивакаина в карпуле, содержащей 1,8 мл 3% раствора анестетика:

1. 54 мг
2. 18 мг
3. 72 мг
4. 36 мг

1789. Количество лидокаина в карпуле, содержащей 2 мл 2% раствора анестетика:

1. 40 мг
2. 80 мг
3. 60 мг
4. 20 мг

1790. Количество мепивакаина в карпуле, содержащей 1,8 мл 2% раствора анестетика:

1. 36 мг
2. 72 мг
3. 54 мг
4. 18 мг

1791. Концентрация раствора прокаина (новокаина), применяемая при проведении блокад:

1. 0,5%
2. 1%
3. 2%
4. 3%

1792. Этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА) вводится в состав раствора анестетика, выпускаемого в карпулах, с целью:

1. связывания ионов тяжелых металлов, входящих в состав стекла карпулы
2. стерилизации
3. стабилизации
4. воздействия на кислотность

1793. Местный анестетик, позволяющий проводить под инфильтрационной анестезией стоматологические вмешательства во фронтальном участке нижней челюсти:

1. артикаин
2. прокаин (новокаин)
3. мепивакаин
4. лидокаин

1794. Наиболее быстрое развитие анестезирующего эффекта наблюдается при использовании:

1. артикаина
2. бензокаина
3. бупивакаина

4. прокаина (новокаин)

1795. Местные анестетики группы эфиров в отличие от группы амидов обладают следующей особенностью:

1. разрушаются микросомальными ферментами печени
2. разрушаются эстеразами плазмы и тканей
3. действуют короче
4. хуже диффундируют в ткани

1796. Кратковременность действия местных анестетиков группы сложных эфиров объясняется:

1. разрушением псевдохоллинэстеразой
2. быстрым всасыванием с места введения
3. биотрансформацией в печени
4. быстрым выведением

1797. При какой реакции среды местные анестетики наиболее активны:

1. слабощелочной
2. нейтральной
3. слабокислой
4. кислой

1798. Местный анестетик группы сложных эфиров:

1. прокаин (новокаин)
2. лидокаин
3. артикаин
4. мепивакаин

1799. Добавление сосудосуживающих средств в растворы местных анестетиков приводит к:

1. удлинению эффекта
2. ускорению всасывания местного анестетика
3. укорочению эффекта
4. ослаблению эффекта

1800. Группа препаратов, пролонгирующая действие местных анестетиков:

1. альфа-адреномиметики
2. бета-адреномиметики
3. Н-холиномиметики
4. м-холиномиметики

1801. Местный анестетик группы амидов:

1. лидокаин
2. тетракаин
3. бензокаин (анестезин)
4. прокаин (новокаин)

1802. При воспалении в большей степени снижается активность:

1. прокаина (новокаина)
2. артикаина
3. лидокаина
4. мепивакаина

1803. Прокаин (новокаин):

1. действует 20-30 минут

2. суживает сосуды
3. обладает высокой токсичностью
4. по активности превосходит мепивакаин

1804. Артикаин:

1. расширяет сосуды
2. применяется для всех видов местной анестезии
3. действует 10-15 минут
4. плохо диффундирует в ткани

1805. Анестетик, биотрансформация которого происходит в печени:

1. мепивакаин
2. бензокаин (анестезин)
3. тетракаин (дикаин)
4. прокаин (новокаин)

1806. Активные метаболиты образуются при биотрансформации:

1. лидокаина
2. мепивакаина
3. прокаина (новокаина)
4. артикаина

1807. Наиболее медленно развивается анестезирующий эффект при использовании:

1. прокаина (новокаина)
2. лидокаина
3. мепивакаина
4. артикаина

1808. Наибольшую длительность местноанестезирующего действия имеет:

1. бупивакаин (маркаин)
2. лидокаин
3. артикаин
4. мепивакаин (сканданест)

1809. Скорость наступления эффекта местного анестетика зависит от:

1. константы диссоциации (рКа)
2. периода полувыведения
3. рН раствора
4. гидрофильности

1810. Местный анестетик, используемый в качестве противоаритмического средства:

1. лидокаин
2. мепивакаин
3. артикаин
4. прокаин (новокаин)

1811. К местным анестетикам группы амидов относится:

1. тримекаин
2. бензокаин (анестезин)
3. тетракаин (дикаин)
4. бензокаин (анестезин)

1812. Наиболее высокая диффузионная способность у:

1. артикаина
2. мепивакаина
3. прокаина (новокаина)
4. бупивакаина

1813. Компонент местноанестезирующего препарата, наиболее часто провоцирующий развитие аллергических реакций:

1. бисульфит натрия
2. вазоконстриктор
3. местный анестетик
4. ЭДТА

1814. Для снятия психоэмоционального напряжения в условиях стоматологической поликлиники используют:

1. анксиолитики (транквилизаторы)
2. антидепрессанты
3. нейролептики
4. ненаркотические анальгетики

1815. Детям с 6 месяцев для уменьшения боли при прорезывании зубов можно применять:

1. ибупрофен (бруфен)
2. индометацин (метиндол)
3. кеторолак (кеталгин, кетанов, кеторол)
4. мелоксикам (мовалис)

1816. Для курсового противовоспалительного лечения пациенту, имеющему в анамнезе язвенную болезнь желудка, следует выбрать:

1. мелоксикам (мовалис)
2. индометацин (метиндол)
3. кетопрофен (артрозилен, ОКИ)
4. кеторолак (кеталгин, кетанов, кеторол)

1817. Препараты для снятия страха и напряжения, которые могут назначать врачи на стоматологическом приеме:

1. фобомотизол (афобазол), гидроксизин (атаракс), тенотен
2. мидазолам (дормикум), тофизепам (грандаксин), хлордиазепоксид (элениум)
3. диазепам (сибазон, седуксен), дроперидол, нитразепам (эуноктин)
4. гидроксизин (атаракс), мидазолам (дормикум), феназепам

1818. Транквилизатор, обладающий анксиолитическим, седативным, противорвотным действием и снижающий саливацию:

1. гидроксизин (атаракс)
2. тофизопам (грандаксин)
3. тенотен
4. фобомотизол (афобазол)

1819. Пациенту с тиреотоксикозом для местной анестезии следует выбрать:

1. 3% мепивакаин, 4% артикаин с эпинефрином 1:200000
2. 2% мепивакаин с эпинефрином 1:100000
3. 2% лидокаин с эпинефрином 1:100000
4. 4% артикаин с эпинефрином 1:100000

1820. Пациенту с декомпенсированной формой сахарного диабета выберите препарат для местной анестезии:

1. 3% мепивакаин, 4% артикаин
2. 2% мепивакаин с эpineфрином 1:100000
3. 4% артикаин с эpineфрином 1:200000
4. 4% артикаин с эpineфрином 1:100000

1821. Пациенту с бронхиальной астмой рекомендуется для местной анестезии использовать:

1. 4% артикаин, 3% мепивакаин
2. 2% мепивакаин с эpineфрином 1:100000
3. 4% артикаин с эpineфрином 1:200000
4. 4% артикаин с эpineфрином 1:100000

1822. Беременным и кормящим женщинам рекомендуется для местной анестезии выбрать препараты на основе:

1. артикаина
2. мепивакаина
3. лидокаина
4. прокаина (новокаина)

1823. При выборе дозы местного анестетика детям следует учитывать:

1. фармакокинетику препарата
2. возраст ребенка
3. массу тела ребенка
4. фармакокинетику препарата, возраст и массу тела ребенка

1824. При заболеваниях печени препаратом выбора является:

1. артикаин
2. мепивакаин
3. лидокаин
4. бупивакаина

1825. Пациентам с закрытоугольной глаукомой не рекомендуется использование местноанестезирующих препаратов, содержащих:

1. эpineфрин (адреналин)
2. мепивакаин
3. лидокаин
4. артикаин

1826. Для проводниковой анестезии используют иглу длиной:

1. 29-42 мм
2. 19-25 мм
3. 8-12 мм
4. 19-25 мм и 8-12 мм

1827. Вкол иглы при инфраорбитальной анестезии (внеротовой метод) проводится:

1. на 1,0 см ниже и внутри от проекции инфраорбитального отверстия
2. нижняя треть носогубной складки
3. основание носа
4. нижняя граница нижнего века

1828. Вкол иглы при инфраорбитальной анестезии (внутриротовой метод) проводится:

1. в слизистую оболочку переходной складки в области между первым и вторым резцом на верхней челюсти
2. в слизистую оболочку альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области резцов на верхней челюсти
3. в слизистую оболочку переходной складки в области премоляров на верхней челюсти
4. в слизистую оболочку переходной складки в области клыка на верхней челюсти

1829. Вкол иглы при туберальной анестезии проводится:

1. в слизистую оболочку переходной складки в области второго моляра верхней челюсти или между вторыми третьим моляром на верхней челюсти
2. в слизистую оболочку альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области премоляров на верхней челюсти
3. в слизистую оболочку переходной складки в области премоляров на верхней челюсти
4. в слизистую оболочку переходной складки в области клыка на верхней челюсти

1830. Вкол иглы при внеротовой туберальной анестезии по Егорову проводится:

1. через кожные покровы, на уровне передненижнего угла скуловой кости
2. через кожные покровы, на уровне средней трети носогубной складки
3. в слизистую оболочку переходной складки в области моляров на верхней челюсти
4. в слизистую оболочку переходной складки в области бугра верхней челюсти

1831. Вкол иглы при палатинальной анестезии (блокада в области большого небного отверстия) проводится:

1. в слизистую оболочку твердого неба на 1 см кпереди и кнутри от проекции большого небного отверстия на уровне третьего моляра на верхней челюсти
2. в слизистую оболочку альвеолярного отростка с небной стороны в области резцов на верхней челюсти
3. в слизистую оболочку переходной складки в области премоляров на верхней челюсти
4. в слизистую оболочку переходной складки в области клыка на верхней челюсти

1832. Вкол иглы при внутриротовой резцовой анестезии (блокада носонёбного нерва) проводится:

1. в слизистую оболочку основания резцового сосочка на верхней челюсти
2. в слизистую оболочку альвеолярного отростка с небной стороны в области резцов на верхней челюсти
3. в слизистую оболочку альвеолярного отростка с небной стороны в области клыка на верхней челюсти
4. в слизистую оболочку переходной складки в области клыка на верхней челюсти

1833. Выберите проводниковую анестезию при удалении резцов на верхней челюсти:

1. инфраорбитальная анестезия, блокада носонёбного нерва (резцовая анестезия)
2. торусальная анестезия
3. туберальная анестезия
4. блокада носонёбного нерва (резцовая анестезия)

1834. Выберите проводниковую анестезию при лечении резцов на верхней челюсти:

1. инфраорбитальная анестезия
2. торусальная анестезия
3. туберальная анестезия
4. блокада носонёбного нерва (резцовая анестезия)

1835. Выберите проводниковую анестезию при удалении моляров на верхней челюсти:

1. туберальная анестезия, блокада в области большого небного отверстия (палатинальная анестезия)
2. анестезия в области подбородочного отверстия (ментальная анестезия)

3. блокада в области большого небного отверстия (палатинальная анестезия), инфраорбитальная анестезия
4. блокада в области большого небного отверстия (палатинальная анестезия)

1836. Выберите проводниковую анестезию при лечении моляров на верхней челюсти:

1. туберальная анестезия
2. инфраорбитальная анестезия
3. торусальная анестезия
4. блокада в области большого небного отверстия (палатинальная анестезия)

1837. Выберите проводниковую анестезию при удалении премоляров на верхней челюсти:

1. инфраорбитальная и блокада в области большого небного отверстия (палатинальная анестезия)
2. туберальная анестезия
3. торусальная анестезия
4. анестезия по J.O. Akinosi

1838. Выберите проводниковую анестезию при лечении премоляров на верхней челюсти:

1. инфраорбитальная анестезия
2. туберальная анестезия
3. блокада в области большого небного отверстия (палатинальная анестезия)
4. анестезия в области подбородочного отверстия (ментальная анестезия)

1839. Выберите проводниковую анестезию при удалении клыков на верхней челюсти:

1. инфраорбитальная анестезия, блокада носонейного нерва (резцовая анестезия) и блокада в области большого небного отверстия (палатинальная анестезия)
2. туберальная анестезия, блокада в области большого небного отверстия (палатинальная анестезия)
3. анестезия по Гоу-Гейтсу
4. блокада в области большого небного отверстия (палатинальная анестезия)

1840. Выберите проводниковую анестезию при лечении клыков на верхней челюсти:

1. инфраорбитальная анестезия
2. туберальная анестезия
3. анестезия по J.O. Akinosi
4. блокада в области большого небного отверстия (палатинальная анестезия)

1841. Выберите проводниковую анестезию при операции на слизистой оболочке в области резцов и клыка на верхней челюсти с вестибулярной стороны:

1. инфраорбитальная анестезия
2. блокада в области большого небного отверстия (палатинальная анестезия)
3. блокада в области резцового отверстия (резцовая анестезия)
4. туберальной анестезии

1842. Выберите проводниковую анестезию при операции на слизистой оболочке в области премоляров на верхней челюсти с вестибулярной стороны:

1. инфраорбитальная анестезия
2. блокада в области резцового отверстия (резцовая анестезия)
3. туберальной анестезии
4. блокада в области большого небного отверстия (палатинальная анестезия)

1843. Выберите проводниковую анестезию при операции на слизистой оболочке в области моляров на верхней челюсти с вестибулярной стороны:

1. туберальной анестезии
2. блокада в области резцового отверстия (резцовая анестезия)

3. анестезия по J.O. Akinosi
4. блокада в области большого небного отверстия (палатинальная анестезия)

1844. Выберите проводниковую анестезию при операции на слизистой оболочке с небной стороны в области премоляров и моляров на верхней челюсти:

1. блокада в области большого небного отверстия (палатинальная анестезия)
2. туберальной анестезии
3. анестезия в области подбородочного отверстия (ментальная анестезия)
4. блокада в области резцового отверстия (резцовая анестезия)

1845. Выберите проводниковую анестезию при операции на слизистой оболочке в области резцов на верхней челюсти небной стороны

1. блокада в области резцового отверстия (резцовая анестезия)
2. блокада в области большого небного отверстия (палатинальная анестезия)
3. инфраорбитальная анестезия
4. анестезия по Гоу-Гейтсу

1846. Положение врача и больного при выполнении местного обезболивания на верхней челюсти:

1. врач стоит справа и спереди от больного
2. врач стоит сзади и справа от больного
3. пациент находится в лежачем положении
4. голова больного на уровне локтевого сустава врача

1847. При туберальной анестезии наступает блокада:

1. задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
2. средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
3. резцового нерва
4. передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения

1848. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада:

1. средних и передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения, периферических ветвей подглазничного нерва
2. средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
3. носонейного (резцового) нерва, задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
4. задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения

1849. При анестезии у большого небного отверстия (палатинальной анестезии) наступает блокада:

1. большого небного нерва
2. средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
3. задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
4. средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения

1850. В зависимости от объема поражения выделяют следующие формы остеомиелита:

1. ограниченная, очаговая
2. разлитая, очаговая
3. диффузная, гнойная
4. гнойная, ограниченная

1851. При диффузной форме острого остеомиелита верхней челюсти воспалительный процесс может распространяться на область:

1. верхнечелюстной пазухи

2. глазницы
3. дна полости рта
4. жирового тела щеки

1852. Причиной одонтогенного верхнечелюстного синусита может быть патологический процесс от зуба:

1. 1.6
2. 1.1
3. 1.3
4. 2.2

1853. При болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в височно-нижнечелюстном суставе возможен диагноз:

1. мышечно-суставная дисфункция
2. артрит
3. артроз
4. остеома суставного отростка нижней челюсти

1854. Дополнительный метод исследования для уточнения характера опухоли:

1. цитологический
2. серологический
3. иммунологический
4. рентгенологический

1855. Метод диагностики, позволяющий дифференцировать хронический лимфаденит от дермоидных и эпидермоидных кист:

1. пункция
2. сиалография
3. ангиография
4. сцинтиграфия

1856. Для исследования состояния мягких тканей сустава используют:

1. магниторезонансную томографию
2. артрографию
3. рентгенографию
4. сцинтиграфию

1857. Для диагностики конкремента в протоке поднижнечелюстной слюнной железы выполняют:

1. рентгенографию
2. зондирование
3. перкуссию
4. пальпацию

1858. Диагностировать одонтогенный источник инфицирования верхнечелюстного синуса можно с помощью метода исследования:

1. рентгенографии
2. осмотра
3. опроса
4. пальпации

1859. Рентгенодиагностический метод, наиболее часто применяемый в хирургической стоматологии:

1. внутриротовая
2. панорамная рентгенография

3. рентгеноскопия
4. томография

1860. Рентгенодиагностический метод, наиболее часто применяемый в челюстно-лицевой хирургии для диагностики онкозаболеваний челюстей:

1. экстраоральная рентгенография
2. артрография
3. ангиография
4. сиалогграфия

1861. Рентгенографический метод, применяемый для диагностики онкозаболеваний слюнных желез:

1. сиалогграфия
2. ортопантомография
3. лимфография
4. телерентгенография

1862. Проекция, при которой центральный рентгеновский луч направлен сверху вниз на кончик носа по отношению к пленке под углом 75 градусов, открытым кпереди:

1. аксиально-подбородочная
2. медиально-подбородочная
3. обзорная рентгенограмма в прямой проекции
4. обзорная рентгенограмма в боковой проекции

1863. Укладка головы для рентгенографии скуловой кости:

1. носоподбородочная
2. боковая нижней челюсти
3. задняя полуаксиальная
4. прямая нижней челюсти

1864. Оптимальная рентгенологическая проекция для изучения скуловых дуг:

1. обзорная черепа
2. носоподбородочная
3. носолобная
4. боковая рентгенограмма нижней челюсти

1865. Для рентгенографии заболеваний верхнечелюстной пазухи применяют проекцию:

1. подбородочно-носовую
2. подбородочно-верхнечелюстную
3. боковую
4. прямую

1866. Проекция, при которой выявляются передние и задние стенки верхнечелюстной пазухи:

1. носо-лобная
2. носо-подбородочная
3. боковая
4. прямая обзорная

1867. Рентгенографию придаточных полостей носа в носоподбородочной, прямой, боковой проекциях следует проводить в положении больного:

1. с наклоном вперед
2. горизонтальном
3. вертикальном
4. стоя прямо

1868. Количество рентгеноконтрастного вещества, которое вводится в околоушную железу при сиалографии:

1. 1,5-2 мл
2. 1 мл
3. 3-4,5 мл
4. 5-6 мл

1869. Количество рентгеноконтрастного вещества, которое вводится в поднижнечелюстную железу при сиалографии:

1. 1-1,5 мл
2. 1 мл
3. 2-3 мл
4. 3-4 мл

1870. Для рентгеноконтрастного исследования околоушной железы применяется проекция:

1. боковая
2. передняя
3. аксиальная
4. косая

1871. Для рентгеноконтрастного исследования поднижнечелюстной железы применяется проекция:

1. боковая
2. передняя
3. аксиальная
4. косая

1872. Водонерастворимое вещество для сиалографии:

1. йодолипол
2. верографин
3. кардиограф
4. уротраст

1873. При нормально функционирующей железе последняя освобождается от водорастворимого рентгеноконтрастного вещества через:

1. 3-5 минут
2. 10-20 минут
3. 2-3 часа
4. 2-3 дня

1874. Нормально функционирующая железа полностью освобождается от масляного рентгеноконтрастного вещества через:

1. 30 дней
2. 3-5 минут
3. 1-2 часа
4. 2-3 дня

1875. В функциональном отношении для сиалографии более щадящими являются рентгеноконтрастные вещества:

1. водорастворимые
2. масляные
3. спиртовые
4. щелочные

1876. Наиболее информативным методом рентгенодиагностики при выявлении морфологии элементов височно-нижнечелюстного сустава является:

1. томография височно-нижнечелюстных суставов
2. панорамная рентгенография
3. ортопантомография
4. рентгенокинематография

1877. Для диагностики заболевания височно-нижнечелюстного сустава применяют метод:

1. рентгенологическое исследование
2. измерение высоты нижнего отдела лица
3. анализ функциональной окклюзии
4. электромиографическое исследование

1878. Реография области височно-нижнечелюстного сустава используется для определения:

1. гемодинамики
2. сократительной способности мышц челюстно-лицевой области
3. движения головок нижней челюсти
4. размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава

1879. Эозинофильную гранулему в периоде выраженных проявлений дифференцируют с:

1. одонтогенной кистой
2. пародонтитом
3. фиброматозным эпюлисом
4. ретенционной кистой

1880. Паротит Герценберга – это:

1. лимфогенный сиалоаденит
2. контактный сиалоаденит
3. бактериальный сиалоаденит
4. сиалоаденит, вызванный вирусом герпеса

1881. Согласно классификации, одной из форм эпюлиса может быть эпюлис:

1. ангиоматозный
2. кавернозный
3. плоскоклеточный
4. эпителиальный

1882. Форма анкилоза:

1. костная
2. гнойная
3. катаральная
4. серозная

1883. Ранулой называется киста слюнной железы:

1. подъязычной
2. малой
3. поднижнечелюстной
4. околоушной

1884. Воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, возникающее от очага инфекции, находящегося в полости рта, называется:

1. одонтогенный синусит

2. лимфаденит
3. менингит
4. риногенный синусит

1885. Истинной кистой слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи является:

1. ретенционная
2. радикулярная
3. лимфангиэктатическая
4. резидуальная

1886. Инфекционное гнойно-некротическое поражение одного волосяного фолликула или сальной железы, распространяющееся на окружающую подкожно-жировую клетчатку, называется:

1. фурункул
2. карбункул
3. фурункулез
4. лимфаденит

1887. Инфекционное гнойно-некротическое поражение нескольких волосяных фолликулов или сальных желез, расположенных по соседству друг с другом, называется:

1. карбункул
2. фурункулез
3. лимфаденит
4. фурункул

1888. Гнойное расплавление лимфоузла с последующим распространением воспалительного процесса на клетчатку соответствующей анатомической области называется:

1. аденофлегмоной
2. фурункулом
3. абсцессом
4. лимфангитом

1889. Острый гнойный лимфаденит дифференцируют с:

1. актиномикозом
2. флегмоной
3. флебитом лицевой вены
4. абсцессом

1890. Усиление проницаемости и экссудации, клеточной инфильтрации в стенке лимфатического сосуда характерно для:

1. лимфангита
2. лимфаденита
3. абсцесса
4. аденофлегмоны

1891. Инфекционное гнойно-некротическое поражение нескольких волосяных фолликулов или сальных желез, расположенных на некотором расстоянии друг от друга:

1. карбункул
2. фурункулез
3. лимфаденит
4. фурункул

1892. Формирование болезненной пустулы с гнойным содержимым в области устья волосяного фолликула на начальной стадии характерно для:

1. фурункула
2. карбункула
3. эпидермальной кисты
4. лимфаденита

1893. Дифференциальную диагностику фурункула проводят с:

1. нагноением эпидермальной кисты
2. рожистым воспалением
3. флегмоной
4. гемангиомой

1894. Воспалительное заболевание, вызванное лучистыми грибами-актиномицетами, называется:

1. актиномикоз
2. рожа
3. туберкулез
4. сифилис

1895. Хроническое, специфическое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, называется:

1. сифилис
2. трихоэпителиоз
3. туберкулез
4. актиномикоз

1896. Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с:

1. острым отитом
2. острым синуситом
3. околоушным гипергидрозом
4. переломом верхней челюсти

1897. Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является:

1. ограничение открывания рта
2. верхняя макрогнатия
3. снижение высоты прикуса
4. укорочение ветвей нижней челюсти

1898. Контрактура нижней челюсти бывает:

1. воспалительная
2. герпетическая
3. множественная
4. линейная

1899. Характерным признаком ревматоидного артрита является:

1. прогрессирующее разрушение головок ВНЧС
2. бессимптомное течение заболевания
3. прогения
4. стойкая контрактура

1900. При хронических артритах происходит следующее изменение в суставе:

1. некроз хряща
2. набухание диска
3. увеличение синовиальной жидкости
4. растяжение капсулы

1901. Сифилитический артрит имеет течение воспалительного процесса:

1. вялое
2. быстрое
3. прогрессирующее
4. острое

1902. Ведущим симптомом вывиха нижней челюсти является:

1. невозможность сомкнуть зубы
2. слезотечение
3. снижение высоты прикуса
4. заложенность в ухе

1903. Для какого заболевания ВНЧС характерно развитие клинического симптома птичье лицо:

1. артроза
2. острого артрита
3. хронического артрита
4. рубцовой контрактуры

1904. Причиной воспалительной контрактуры нижней челюсти является:

1. абсцессы челюстно-лицевой области
2. артрит ВНЧС
3. артроз ВНЧС
4. флебит угловой вены

1905. Выпадение зуба из его лунки – это:

1. полный вывих
2. вколоченный вывих
3. неполный вывих
4. перелом корня

1906. Клиническим признаком периостита челюсти является:

1. отек переходной складки
2. гематома лица
3. гиперемия лица
4. выбухание подъязычных валиков

1907. При невралгии I ветви тройничного нерва боль локализуется:

1. в верхней трети лица
2. в нижней трети лица
3. в носогубной складке
4. на боковой поверхности шеи

1908. При невралгии II ветви тройничного нерва боль локализуется:

1. в средней трети лица
2. по всему лицу
3. на боковой поверхности шеи
4. в верхней трети лица

1909. При невралгии III ветви тройничного нерва боль локализуется:

1. в нижней трети лица
2. по всему лицу
3. на боковой поверхности шеи

4. в верхней трети лица

1910. Первичный период сифилиса характеризуется появлением на слизистой оболочке:

1. твердого шанкра
2. афт
3. розеолезных элементов
4. папул

1911. Вторичный период сифилиса характеризуется появлением на слизистой оболочке:

1. розеолезных элементов
2. твердого шанкра
3. эрозивных сифилид
4. папул

1912. Третичный период сифилиса развивается через:

1. 3-6 лет
2. 1 месяц
3. 6 месяцев
4. 1 год

1913. Третичный период сифилиса характеризуется появлением:

1. гуммы
2. розеолезных элементов
3. твердого шанкра
4. эрозивных сифилид

1914. При синдроме Шегрена ведущим симптомом является:

1. ксеростомия
2. гиперсаливация
3. боль
4. отек

1915. Постоянная гипосаливация наблюдается при:

1. болезни Шегрена
2. гепатите А
3. гипотиреозе
4. актиномикозе

1916. При болезни Микулича слюнные железы:

1. плотные и безболезненные
2. не изменены
3. мягкие и болезненные
4. плотные и болезненные

1917. Симптом слюнной колики появляется при паротите:

1. калькулезном
2. эпидемическом
3. паренхиматозном
4. лимфогенном

1918. При хроническом гранулирующем периодонтите на rg-грамме очаг деструкции кости у верхушки корня имеет:

1. нечеткие контуры

2. четкие контуры
3. вид не измененного периодонта
4. вид таящего сахара

1919. Данные ЭОД при остром периодонтите соответствуют величинам:

1. 80-100 МА
2. 10-20 МА
3. 40-60 МА
4. 60-80 МА

1920. В какие сроки лунка рентгенологически неотличима от окружающей ткани (при неосложненном заживлении):

1. на 4-6 месяцев
2. к концу первого месяца
3. на 2-4 месяцев
4. на 7-8 месяцев

1921. Дифференциальную диагностику периостита с остеомиелитом, кистой и остеомой проводят на основании:

1. клинико-рентгенологических данных
2. анамнестических данных
3. инцизионной биопсии
4. цитологических данных

1922. Рентгенологическая картина при хронических артритах височно-нижнечелюстного сустава:

1. контуры суставной головки нечеткие
2. расширение суставной щели
3. сужение суставной щели
4. деформация костных элементов сустава

1923. Рентгенологическая картина при артрозах височно-нижнечелюстного сустава:

1. изменение формы костных элементов сустава
2. сужение суставной щели
3. отсутствие суставной щели
4. расширение суставной щели

1924. Сиалографический признак разрастания в паренхиме слюнной железы соединительной ткани:

1. сужение протоков на всем протяжении
2. расширение протоков на всем протяжении
3. местами сужение протоков
4. местами расширение протоков

1925. Сиалограмма ложного паротита Герценберга:

1. без изменений
2. скопление контрастной массы в паренхиме
3. сужение протоков в паренхиме
4. сужение выводного протока

1926. Сиалографический признак лимфогенного паротита характеризуется скоплением рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде:

1. чернильного пятна
2. гроздьев винограда
3. сужение протоков паренхимы

4. сужение устья протока слюнной железы

1927. При остеоартрозе ВНЧС рентгенологически определяется:

1. деформация головки мыщелкового отростка
2. смещение суставной головки
3. расширение суставной щели
4. отсутствие суставной щели

1928. Противопоказание для резекции верхушки корня зуба:

1. хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени
2. обострение хронического периодонтита
3. хронический гранулирующий периодонтит
4. хронический гранулематозный периодонтит

1929. Показание к гемисекции зуба:

1. хронический периодонтит двухкорневого зуба
2. острый гнойный периодонтит
3. острый серозный периодонтит
4. хронический периодонтит однокорневого зуба

1930. Противопоказание к реплантации зуба:

1. хронический остеомиелит
2. острый периодонтит
3. хронический гранулирующий периодонтит
4. хронический периодонтит в стадии обострения

1931. Показание к операции ампутация корня:

1. хронический гранулирующий периодонтит
2. острый гнойный пульпит
3. хронический гангренозный пульпит
4. хронический одонтогенный гайморит

1932. Абсолютное показание к удалению причинного зуба:

1. хронический одонтогенный остеомиелит
2. хронический гангренозный пульпит
3. хронический гранулирующий периодонтит
4. хронический гранулематозный периодонтит

1933. Показанием к секвестрэктомии служит:

1. подвижность секвестра
2. разрежение костной ткани в очаге поражения
3. анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
4. хронический периостит

1934. При отсутствии положительной динамики консервативного лечения хронического гранулематозного периодонтита однокорневого зуба в области верхушки корня проводится:

1. резекция верхушки корня
2. повторное эндодонтическое лечение
3. гемисекция
4. ампутация корня

1935. Показанием к срочному удалению зуба является:

1. некупируемое гнойное воспаление в периодонте

2. неполный вывих зуба
3. разрушение коронки зуба
4. подвижность зуба 3 степени

1936. Коронарорадикулярная сепарация возможна в случае локализации очага деструкции:

1. в области фуркации 3.6 зуба
2. у верхушки переднего щечного корня 1.6 зуба
3. у верхушек обоих корней 4.6 зуба
4. в области верхушки корня 3.1 зуба

1937. Абсолютным противопоказанием к удалению зуба в условиях поликлиники является:

1. врожденный порок сердца в стадии декомпенсации
2. аллергия к местному анестетику
3. хронический пиелонефрит
4. болезнь Дауна

1938. Противопоказанием к проведению операции в поликлинике под наркозом является:

1. острая респираторно-вирусная инфекция
2. заболевание ЦНС
3. болезнь Дауна
4. спазмофилия

1939. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является:

1. положительная носо-ротовая проба
2. носовое кровотечение
3. кровотечение из лунки
4. положительный симптом нагрузки

1940. К осложнениям, возникающим во время операции удаления зуба, относится:

1. луночковое кровотечение
2. невралгия тройничного нерва
3. артрит височно-нижнечелюстного сустава
4. альвеолит

1941. Общесоматическим осложнением фурункула лица является:

1. гнойный менингит
2. верхнечелюстной синусит
3. рожистое воспаление
4. гипертонический криз

1942. Общесоматическим осложнением фурункула лица является:

1. гнойный менингит
2. гипертонический криз
3. верхнечелюстной синусит
4. периодонтит

1943. Для лечения альвеолита применяют:

1. йодоформный тампон с левомиколом
2. кетгут
3. гемостатическую губку
4. викрил

1944. К биорезорбируемым материалам относятся:

1. коллаген
2. политетрафторэтилен
3. полипропилен
4. тефлон

1945. Для лечения альвеолита применяют:

1. альвожил
2. статины
3. кетгут
4. остеопластический материал

1946. Щипцы для удаления корней клыков верхней челюсти:

1. прямые корневые
2. S-образные с шипом
3. клювовидные корневые
4. S-образные со сходящимися щечками

1947. Щипцы для удаления премоляров нижней челюсти:

1. клювовидные несходящиеся
2. клювовидные сходящиеся
3. S-образные щипцы с шипом
4. штыковидные щипцы со сходящимися щечками

1948. Инструмент для удаления третьих моляров верхней челюсти:

1. прямой элеватор
2. прямые щипцы
3. S-образные щипцы с шипом
4. угловой элеватор

1949. Щипцы для удаления премоляров верхней челюсти:

1. S-образные без шипа
2. прямые корневые
3. клювовидные корневые
4. прямые

1950. Дополнительный инструмент для удаления корней зубов на нижней челюсти:

1. бормашина
2. элеватор Волкова
3. крючок Лимберга
4. элеватор Карапетяна

1951. Для удаления корней зубов на верхней челюсти используют:

1. прямой элеватор
2. элеватор Карапетяна
3. угловой элеватор
4. крючок Лимберга

1952. Штыковидным элеватором (элеватором леклюза) удаляют зубы нижней челюсти:

1. третьи моляры
2. резцы
3. премоляры
4. первые моляры

1953. Для оказания неотложной хирургической стоматологической помощи пациенту с выраженной соматической патологией пациент направляется в:

1. многопрофильный стационар клинической больницы
2. стоматологическую поликлинику
3. клинический центр
4. челюстно-лицевой стационар клинической больницы

1954. Высококвалифицированная специализированная неотложная хирургическая помощь стоматологическим больным оказывается в:

1. челюстно-лицевом стационаре
2. клиничко-диагностическом центре
3. районной поликлинике
4. научно-исследовательском институте

1955. Лечение фурункула челюстно-лицевой области проводится в условиях:

1. стационара
2. поликлиники
3. амбулатории
4. клинического центра

1956. Диагностика и лечение актиномикоза должна осуществляться в:

1. специализированном учреждении
2. поликлинике
3. челюстно-лицевом стационаре
4. клиническом центре

1957. Воспалительный процесс из верхнечелюстного синуса может распространяться в:

1. крылонебную ямку
2. подбородочную область
3. заглочное пространство
4. крыловидно-нижнечелюстное пространство

1958. От премоляров верхней челюсти лимфа оттекает в лимфатические узлы:

1. поднижнечелюстные
2. заглочные
3. околоушные
4. сосцевидные

1959. В околоушные лимфатические узлы оттекает лимфа от:

1. наружного слухового прохода
2. нижней губы
3. полости носа
4. дна полости рта

1960. Для проведения операции дентальной имплантации используют:

1. направляющую фрезу
2. фисурный бор
3. элеватор Леклюза
4. отвертку

1961. Для проведения операции дентальной имплантации используют:

1. глубиномер
2. развертку

3. серповидную гладилку
4. крючок Лимберга

1962. К хирургическим методам лечения доброкачественных образований челюстно-лицевой области относят:

1. криодеструкцию
2. химиотерапию
3. лучевую терапию
4. фотодинамическую терапию

1963. Для устранения сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта используются ткани:

1. слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и щеки
2. филатовского стебля
3. слизистой оболочки щеки
4. слизистой оболочки верхней губы

1964. Удаление половины коронки зуба с одним из корней в области локализации хронического очага воспаления называется:

1. гемисекция
2. ампутация
3. реплантация
4. имплантация

1965. Удаление одного из корней у первого или второго моляров верхней челюсти, где локализуется очаг хронического околоверхушечного периодонтита, называется:

1. ампутация
2. реплантация
3. гемисекция
4. имплантация

1966. Для удлинения клинической коронки зуба перед ортопедическим лечением проводится:

1. гингивотомия
2. направленная тканевая регенерация
3. лоскутная операция
4. кюретаж пародонтальных карманов

1967. К хирургическим методам лечения пародонтального кармана относят:

1. закрытый кюретаж
2. френулотомия
3. френулэктомию
4. иссечение щечных тяжей

1968. Оперативное вмешательство на уздечке, при котором производится перемещение треугольных лоскутов по Лимбергу:

1. френулэктомия
2. гингивэктомия
3. аперкулэктомия
4. френулотомия

1969. Методика вестибулопластики, при которой разрез проводится на границе прикрепленной десны и подвижной частью слизистой оболочки альвеолярного отростка с формированием лоскута, обращенного основанием к губе, называется:

1. по Кларку

2. по Эдлану-Мейхеру
3. туннельная
4. по Лимбергу

1970. При проведении операции радикальной синусотомии слизистую оболочку верхнечелюстного синуса удаляют:

1. только измененную
2. частично
3. полностью
4. частично измененную

1971. При разрыве десны во время операции удаления зуба показано:

1. наложение швов на десну
2. тампонирование раны
3. обработка раневой поверхности 1% раствором йода
4. диатермокоагуляция

1972. Пункция верхнечелюстной пазухи проводится через:

1. средний носовой ход
2. нижний носовой ход
3. верхний носовой ход
4. искусственное сообщение в полости рта

1973. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи дополнительно назначают препараты:

1. сосудосуживающие
2. сульфаниламиды
3. антидипресанты
4. психотропные

1974. При лечении хронического остеомиелита челюсти необходимо провести:

1. секвестрэктомию
2. периостотомию
3. цистэктомию
4. цистотомию

1975. В комплексное лечение воспалительных процессов челюстно-лицевой области входит терапия:

1. антибактериальная
2. лучевая
3. фотодинамическая
4. мануальная

1976. При абсцедировании фурункула пациенту показано:

1. вскрытие абсцесса
2. обработка кожи 70% этиловым спиртом
3. блокада 0,25 % раствором лидокаина
4. физиотерапия

1977. В день обращения при абсцессе челюстно-язычного желобка необходимо:

1. вскрыть гнойный очаг
2. назначить физиотерапевтическое лечение
3. начать иглорефлексотерапию
4. сделать новокаиновую блокаду

1978. Средняя ширина периодонтальной щели зубов на нижней челюсти составляет (мм):

1. 0.15-0.22
2. 0.07-0.1
3. 0.1-0.15
4. 0.25-0.35

1979. Средняя ширина периодонтальной щели зубов на верхней челюсти составляет (мм):

1. 0.2-0.25
2. 0.15-0.2
3. 0.25-0.35
4. 0.35-0.4

1980. Клиническое проявление острого серозного периодонтита:

1. нерезкие, тупые ноющие боли в причинном зубе
2. подвижность причинного зуба и соседних с ним
3. кожа гиперемирована, в складку не собирается
4. переходная складка сглажена

1981. При остром верхушечном периодонтите боль в зубе является следствием:

1. отека и инфильтрации периодонта
2. отека пародонта
3. некроза костных балок лунки
4. гибели пульпы

1982. Основные жалобы пациента при периостите челюсти:

1. боль в челюсти и припухлость лица
2. боль в челюсти при смыкании зубов
3. боли в причинном зубе и при глотании
4. нескольких зубах при жевании

1983. Отек верхней губы возникает при локализации периостита верхней челюсти в области:

1. центральных и боковых резцов
2. премоляров
3. первого и второго моляров
4. третьего моляра

1984. Отек подглазничной области возникает при локализации периостита верхней челюсти в области:

1. клыка и премоляра
2. второго и третьего моляров
3. первого и второго моляров
4. бокового резца и первого премоляра

1985. Отек щечной и скуловой области возникает при локализации периостита верхней челюсти в области:

1. моляров
2. клыка и премоляров
3. резцов и клыка
4. премоляров

1986. Уточните локализацию периостита челюсти, при которой возникает болезненное глотание:

1. моляров нижней челюсти с язычной стороны
2. премоляров нижней челюсти с язычной стороны

3. премоляров верхней челюсти с вестибулярной стороны
4. премоляров верхней челюсти с небной стороны

1987. При возникновении отека мягких тканей лица при периостите боль в зубе:

1. уменьшается
2. усиливается
3. интенсивность боли не меняется
4. становится более локализованной

1988. Верхней стенкой верхнечелюстной пазухи является:

1. глазничная поверхность верхней челюсти
2. альвеолярный отросток верхней челюсти
3. носовая поверхность верхней челюсти
4. подвисочная поверхность верхней челюсти

1989. Нижней стенкой верхнечелюстной пазухи является:

1. альвеолярный отросток верхней челюсти
2. носовая поверхность верхней челюсти
3. подвисочная поверхность верхней челюсти
4. глазничная поверхность верхней челюсти

1990. Внутренней стенкой верхнечелюстной пазухи является:

1. носовая поверхность верхней челюсти
2. альвеолярный отросток верхней челюсти
3. подвисочная поверхность верхней челюсти
4. глазничная поверхность верхней челюсти

1991. Только при пальпаторном исследовании тканей челюстно-лицевой области можно определить:

1. консистенцию тканей
2. глубину пародонтальных карманов
3. цитологическую картину патологического процесса
4. характер внутрикостных изменений патологического очага

1992. Количество лимфатических узлов в подподбородочной области:

1. 1-4
2. 10-15
3. 8-10
4. 5-8

1993. Поднижнечелюстные лимфатические узлы располагаются:

1. в поднижнечелюстном треугольнике
2. в подподбородочном треугольнике
3. в позадичелюстной области
4. в подъязычной области

1994. Лимфа от нижних резцов и клыка впадает в лимфатические узлы:

1. подбородочные
2. лицевые
3. поднижнечелюстные
4. заглочные

1995. Лимфа от щеки и верхней губы оттекает в группу лимфатических узлов:

1. поднижнечелюстную

2. подбородочную
3. щечную
4. околоушную

1996. Выраженная интоксикация организма сопровождается:

1. острый остеомиелит
2. острый периодонтит
3. хронический остеомиелит
4. хронический периодонтит

1997. При каком воспалительном процессе возникает симптом Венсана:

1. острым остеомиелите в области нижних моляров
2. острым периодонтите нижних моляров
3. периостите в области нижних моляров
4. радикулярной кисте в области нижних резцов

1998. Подвижность причинного зуба, а также соседних зубов характерна для:

1. острого остеомиелита
2. хронического периодонтита
3. острого периостита
4. хронического периостита

1999. Причины патологической подвижности зубов при хроническом остеомиелите:

1. расположение зубов в зоне секвестрации
2. резорбция стенок альвеолы
3. разрушение круговой связки зуба
4. гибель пульпы зуба

2000. Верхнечелюстная пазуха сообщается с полостью носа через:

1. средний носовой ход
2. верхний носовой ход
3. нижний носовой ход
4. верхнюю глазничную щель

2001. Воспалительная контрактура II степени:

1. расстояние между центральными резцами не превышает 1 см
2. расстояние между центральными резцами не превышает 0,5 см
3. расстояние между центральными резцами не превышает 2 см
4. челюсти плотно сведены, самостоятельное открывание рта невозможно

2002. Постоянная боль в зубе, усиливающаяся при нагрузке характерна для:

1. острого периодонтита
2. острого пульпита
3. острого периостита
4. острого остеомиелита

2003. Плотный болезненный инфильтрат с вестибулярной стороны в области разрушенного зуба 36 характерен для:

1. острого гнойного периостита нижней челюсти
2. острого периодонтита
3. острого остеомиелита нижней челюсти
4. обострения хронического остеомиелита нижней челюсти

2004. Фокус воспаления при остром периостите локализуется:

1. в надкостнице
2. в мягких тканях
3. в кости
4. в периодонте

2005. Преимущественная локализация периостита челюсти с:

1. вестибулярной стороны
2. небной стороны
3. язычной стороны
4. фронтальный отдел

2006. Фокус воспаления при остром остеомиелите локализуется:

1. в кости
2. в мягких тканях
3. в надкостнице
4. в периодонте

2007. Причина роста радикулярной кисты:

1. внутрикостное давление
2. пролиферация эпителия
3. очаговая резорбция кости
4. причина не установлена

2008. При возникновении альвеолита пациент жалуется на:

1. самопроизвольные боли в лунке удаленного зуба
2. боли при глотании
3. боли при жевании
4. боли при дыхании

2009. Конфигурация лица при остром серозном периодонтите:

1. не изменена
2. изменена за счет инфильтрата
3. изменена за счет отека мягких тканей
4. изменена за счет выраженной деформации

2010. Перкуссия зубов в острой стадии остеомиелита челюсти:

1. причинного и соседних зубов болезненна
2. причинного зуба болезненна
3. причинного зуба безболезненна
4. причинного зуба безболезненна, соседних зубов болезненна

2011. Регионарные лимфатические узлы в острой стадии остеомиелита челюсти:

1. увеличены, болезненны
2. увеличены, безболезненны
3. не пальпируются
4. не увеличены, безболезненны

2012. Локализация инфильтрации надкостницы альвеолярного отростка в острой стадии остеомиелита:

1. с вестибулярной и оральной стороны
2. с вестибулярной стороны
3. с оральной стороны

4. с вестибулярной не возникает

2013. Отёк мягких тканей при перикороните дистальнее нижних восьмых зубов локализуется в области:

1. поднижнечелюстной
2. скуловой
3. подглазничной
4. околоушно-жевательной

2014. Капюшон над ретинированным и дистопированным зубом содержит:

1. слизистую оболочку, подслизистый слой, надкостницу и мышечные волокна
2. только слизистую оболочку
3. слизистую оболочку, подслизистый слой
4. слизистую оболочку, подслизистый слой, надкостницу

2015. В норме при аускультации ВНЧС определяется:

1. отсутствие каких-либо звуковых явлений
2. щелканье
3. хруст
4. крепитация

2016. Хронический воспалительный процесс в периапикальных тканях зуба приводит к формированию:

1. радикулярной кисты
2. кератокисты
3. фолликулярной кисты
4. амелобластомы

2017. Предрасполагающий фактор одонтогенного верхнечелюстного синусита:

1. близость верхушек корней моляров и премоляров верхней челюсти и дна верхнечелюстной пазухи
2. склеротический тип строения верхнечелюстной пазухи
3. глубокое преддверие рта в области боковой группы зубов
4. окклюзионная травма моляров верхней челюсти

2018. К причинам затрудненного прорезывания нижнего зуба мудрости можно отнести:

1. редукцию нижней челюсти и уменьшение дистального отдела альвеолярной части в процессе фило- и онтогенеза
2. гибель периодонта зуба-антагониста
3. нарушение саливации на фоне приема антидепрессантов
4. мышечно-суставную дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава

2019. Для продуктивной формы хронического остеомиелита характерно:

1. значительное периостальное и эндостальное новообразование кости
2. двусторонний поднадкостничный абсцесс
3. выбухание челюсти в проекции причинного зуба
4. наличие свищевых ходов

2020. Сроки формирования секвестров на верхней челюсти:

1. 3-4 недели
2. 3-4 дня
3. от 2 до 3 лет
4. для верхней челюсти не характерно формирование секвестров

2021. Сроки формирования секвестров на нижней челюсти:

1. от 6 до 14 недель
2. от 2 до 3 лет
3. 3-4 недели
4. 7-10 дней

2022. При сборе анамнеза у пациента с наличием свищевого хода верхнечелюстного синуса было выяснено что:

1. несколько месяцев назад был удален зуб на верхней челюсти
2. заболеванию предшествовала боль, с иррадиацией в висок
3. заложенность носа с одной стороны
4. заложенность носа с двух сторон

2023. Какой тип строения верхнечелюстных пазух является наиболее неблагоприятным в отношении развития перфоративного синусита:

1. пневматический
2. склеротический
3. смешанный
4. нет правильного ответа

2024. Для дифференциальной диагностики хронического лимфаденита от злокачественных поражений используется:

1. цитологическое исследование пунктата
2. сиалометрия по методу Андреевой
3. электрооднотодиагностика
4. длиннофокусная рентгенография

2025. Для дифференциальной диагностики, каких заболеваний используется электрооднотодиагностика:

1. пульпита и периодонтита
2. периодонтита и периостита
3. периостита и остеомиелита
4. остеомиелита и флегмоны

2026. Симптом, позволяющий дифференцировать остеомиелит в острой стадии от периостита нижней челюсти:

1. Венсана
2. Воскресенского
3. Герке
4. Пастернацкого

2027. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать с:

1. амелобластомой
2. одонтомой
3. твердой одонтомой
4. цементомой

2028. Киста челюсти:

1. опухолеподобное образование
2. соединительнотканная опухоль
3. эпителиальная опухоль
4. стадия развития инфильтрата

2029. Одонтогенным гайморитом называется воспаление:

1. верхнечелюстного синуса
2. лобной пазухи
3. основной пазухи
4. лобной, основной, верхнечелюстной пазух

2030. Хронический периодонтит:

1. гранулематозный
2. гангренозный
3. гнойный
4. катаральный

2031. Воспаление мягких тканей, окружающих коронку прорезывающегося зуба – это:

1. перикоронит
2. периостит
3. периодонтит
4. остеомиелит

2032. Задержка прорезывания зуба через компактную пластинку челюстной кости – это:

1. ретенция зуба
2. дистопия зуба
3. перикоронит
4. альвеолит

2033. Неправильное положение зуба:

1. дистопия зуба
2. ретенция зуба
3. альвеолит
4. перикоронит

2034. Воспаление стенок лунки – это:

1. альвеолит
2. перикоронит
3. периостит
4. периодонтит

2035. Инфекционный гнойно-некротический процесс в челюсти – это:

1. остеомиелит
2. периостит
3. периодонтит
4. альвеолит

2036. Рентгенологический признак хронического перикоронита, очаг разрежения костной ткани:

1. полулунной формы в области коронки зуба
2. в апикальной области с нечеткими контурами
3. в апикальной области с четкими контурами
4. в области бифуркации корней

2037. Каков в среднем диаметр очага резорбции кости на рентгенограмме при хроническом гранулематозном периодонтите:

1. 0,5-0,7 см
2. 0,8-1,0 см
3. 1,0-1,2 см

4. 1,3-1,5 см

2038. На рентгенограмме при остром гнойном периодонтите определяется:

1. расширение периодонтальной щели или норма
2. очаг деструкции костной ткани с четкими контурами
3. разрежение костной ткани с нечеткими контурами
4. тень секвестра

2039. Периодонтальная щель корня причинного зуба, обращенного в полость радикулярной кисты:

1. не прослеживается
2. четко контурируется
3. сужена
4. расширена

2040. Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани в виде:

1. очага с четкими границами и тенью зуба в полости
2. тающего сахара
3. полости с нечеткими границами
4. очага с четкими контурами в области верхушек или нескольких зубов

2041. На рентгенограмме секвестральная коробка (уплотненный слой костного вещества, отграничивающий здоровую ткань от рассасывающегося секвестра.) представляет собой:

1. новообразованную костную ткань вокруг секвестра
2. участки резорбции костной ткани с четкими границами
3. отделившиеся секвестры
4. участки резорбции костной ткани с нечеткими границами

2042. Для подострой стадии остеомиелита характерна следующая рентгенологическая картина:

1. участки резорбции кости, не имеющие четких границ
2. расширение периодонтальной щели
3. Очаги деструкции костной ткани с четкими контурами
4. очаговый остеосклероз

2043. При секвестрирующей форме остеомиелита на рентгенограмме определяется:

1. один или несколько очагов резорбции с тенью секвестра в центре
2. очаги деструкции кости с множеством мелких секвестров
3. эндостальное и периостальное новообразование кости
4. оссификация утолщенного периоста

2044. При хроническом фиброзном периодонтите на рентгенограмме определяется:

1. равномерное расширение периодонтальной щели
2. разрежение кости в области верхушки корня зуба с нечеткими контурами
3. разрежение кости в области верхушки корня зуба с четкими контурами
4. разрежение кости в области верхушки корня зуба округлой формы более 1 см

2045. Рентгенологическим признаком гранулирующего периодонтита является:

1. очаг резорбции костной ткани с нечеткими контурами
2. очаг резорбции костной ткани с мелкими секвестрами
3. очаг резорбции костной ткани с четкими контурами
4. расширение периодонтальной щели

2046. Радикулярная киста нижней челюсти может оттеснять:

1. стенку канала n.mandibularis
2. клыковую ямку
3. яремную вырезку
4. подбородочный симфиз

2047. После операции цистэктомии проводят:

1. гистологическое исследование оболочки
2. клинический анализ крови
3. цитологическое исследование
4. пломбирование канала причинного зуба

2048. Инструменты для удаления зубов:

1. щипцы, элеваторы
2. зеркало, зонд
3. шпатель, серповидная гладилка
4. зеркало, пинцет

2049. Разновидности угловых элеваторов:

1. от себя и к себе
2. правый и левый
3. большой и малый
4. толстый и тонкий

2050. Показанием к удалению зуба является:

1. зуб в линии перелома челюсти
2. подвижность зуба I степени
3. разрушенность коронковой части зуба на 1/2
4. острый пульпит

2051. Показанием к удалению зуба является:

1. продольный перелом корня зуба
2. подвижность II степени
3. ретенция зуба
4. острый периодонтит

2052. Неотложное показание к удалению зуба:

1. причинный зуб при остром остеомиелите челюсти
2. ретенция и дистопия зуба
3. сверхкомплектный зуб
4. хронический гранулематозный периодонтит

2053. Удаление зуба проводят при:

1. патологической подвижности 3 степени
2. кариозной полости
3. хроническом фиброзном периодонтите
4. отломе коронки зуба на 1/2

2054. Отслаивание десны при удалении зуба проводится:

1. серповидной гладилкой
2. экскаватором
3. элеватором
4. стоматологическим зондом

2055. Ротацию используют при удалении:

1. клыков верхней челюсти
2. малых коренных зубов верхней челюсти
3. больших коренных зубов нижней челюсти
4. резцов нижней челюсти

2056. Щипцы для удаления малых коренных зубов верхней челюсти с сохранившейся коронкой:

1. S-образные щипцы с несходящимися щечками
2. прямые щипцы с несходящимися щечками
3. байонетные щипцы
4. S-образные щипцы со сходящимися щечками

2057. Первое вывихивающее движение в оральную сторону целесообразно проводить при удалении:

1. моляров нижней челюсти
2. резцов нижней челюсти
3. премоляров верхней челюсти
4. клыков верхней челюсти

2058. Этап удаления зуба, при котором осуществляется раскачивание зуба в вестибулярном и оральном направлении:

1. люксация
2. ротация
3. фиксация
4. иммобилизация

2059. Удаление зуба, при котором осуществляется его вращение вокруг своей оси на 20-25% вначале в одну, потом в другую сторону:

1. ротация
2. сепарация
3. люксация
4. тракция

2060. Ротация зуба не проводится при удалении:

1. многокорневых зубов верхней и нижней челюсти с неразъединенными корнями
2. любых зубов при наличии гнойного процесса в периодонте
3. премоляров нижней челюсти
4. зубов, удаляемых по ортодонтическим показаниям

2061. При удалении зуба 4.6 правильное положение врача относительно пациента:

1. справа и сзади
2. справа и спереди
3. справа и несколько впереди
4. слева и сзади

2062. Для удаления корней моляров верхней челюсти используют:

1. штыковидные щипцы со сходящимися щечками
2. S-образные щипцы с шипом слева
3. прямые щипцы с несходящимися щечками
4. угловой элеватор

2063. Для удаления корней резцов верхней челюсти используют:

1. прямые щипцы со сходящимися щечками
2. S-образные щипцы с шипом слева

3. прямые щипцы с несходящимися щечками
4. угловой элеватор

2064. Для удаления корней зубов нижней челюсти используют:

1. клювовидные щипцы со сходящимися щечками
2. клювовидные щипцы, изогнутые по плоскости
3. S-образные щипцы
4. серповидная гладилка

2065. Какой инструмент используют для удаления зуба 4.8 с сохраненной коронковой частью:

1. элеватор Леклюза
2. серповидной гладилкой
3. элеватор Карапетяна
4. крючок Лимберга

2066. Для удаления грануляционной ткани из альвеолы применяют:

1. кюретажную ложку
2. серповидную гладилку
3. крючок Фарабефа
4. распатор

2067. При удалении корней, элеватор используется в качестве:

1. рычага
2. долота
3. фиксатора
4. не используется

2068. Зуб верхней челюсти любой групповой принадлежности можно удалить с помощью:

1. байонетных щипцов
2. клювовидных щипцов
3. прямых щипцов
4. S-образных щипцов

2069. При удалении моляра верхней челюсти с полностью разрушенной коронковой частью необходимо:

1. разделить корни по области фуркации с помощью бора
2. наложить щечки щипцов на альвеолярный отросток
3. провести альвеолотомию
4. провести разрез по переходной складке

2070. Сближение краев десны после удаления зуба проводится с целью:

1. уменьшения степени зияния лунки, более надежного удержания кровяного сгустка в ране
2. перестройки костной ткани в области лунки
3. улучшения биотипа десны
4. увеличения зоны кератинизированной десны

2071. При разрыве слизистой оболочки после удаления зуба необходимо:

1. наложить швы
2. провести тампонаду лунки
3. отсечь подвижную слизистую
4. коагулировать края раны

2072. При отломе стенки альвеолы после удаления зуба необходимо:

1. удалить подвижную костную стенку
2. провести остеосинтез
3. зафиксировать подвижную костную стенку швами
4. использовать остеопластический материал

2073. Хромированный кетгут отличается от нехромированного:

1. пролонгированным периодом рассасывания шовного материала
2. более гладким прохождением иглы через ткани
3. способностью надежно удерживать фрагменты костной ткани
4. более выраженными антисептическими свойствами

2074. В амбулаторных условиях выполняется вскрытие:

1. поднадкостничного абсцесса
2. абсцессов мягких тканей лица и шеи
3. флегмон мягких тканей лица и шеи
4. фурункула челюстно-лицевой области

2075. Разрез при вскрытии поднадкостничного абсцесса расположенного в области преддверия рта проводят:

1. в месте наибольшего выпухания инфильтрата
2. параллельно переходной складке
3. по слизистой оболочке на уровне десневого края
4. в области околочелюстных мягких тканей

2076. Отток гноя при локализации периостита с небной стороны обеспечивается:

1. иссечением участка слизистой оболочки над инфильтратом треугольной формы
2. послойным рассечением тканей с последующим ушиванием раны
3. линейным разрезом на всю длину инфильтрата
4. дренированием воспалительного очага резиновым катетером

2077. На какие сутки после вскрытия периостита извлекается дренаж:

1. при отсутствии гнойного отделяемого
2. на 3 сутки
3. на 5 сутки
4. при отсутствии болевых ощущений

2078. Лунка удаленного зуба заживает:

1. вторичным натяжением
2. первичным натяжением
3. третичным натяжением
4. через стадию образования келоида

2079. Пробождение дна верхнечелюстной пазухи происходит чаще при удалении:

1. моляров верхней челюсти
2. клыков верхней челюсти
3. моляров нижней челюсти
4. премоляров верхней челюсти

2080. Местное осложнение во время операции удаления зуба:

1. перелом нижней челюсти
2. невралгия
3. обморок
4. альвеолит лунки удаленного зуба

2081. Осложнение, возникающее во время операции удаления третьего моляра нижней челюсти:

1. перелом нижней челюсти
2. синусит
3. периостит
4. остеомиелит

2082. К поздним осложнениям после операции удаления зуба относят:

1. альвеолит
2. обморок
3. перелом челюсти
4. вывих ВНЧС

2083. Костное кровотечение из стенок лунки останавливают:

1. сдавливанием костных стенок щипцами
2. наложением лигатуры на кровоточащий сосуд
3. назначением глюкокортикоидов
4. тугой тампонадой лунки тампоном, пропитанным раствором гепарина

2084. Отдаленное осложнение местного характера после операции удаления зуба:

1. альвеолит
2. перелом нижней челюсти
3. обморок
4. вывих нижней челюсти

2085. Цель операции альвеолэктомии:

1. удаление острых краев лунки
2. удаление распавшегося кровяного сгустка из лунки при ее воспалении
3. ушивание мягких тканей в области удаленного зуба
4. удаление секвестра

2086. При вскрытии поднадкостничного абсцесса возможно ранение:

1. подбородочного нерва и артерии
2. околоушной слюнной железы
3. языка
4. слизистой оболочки щеки

2087. Признак перфорации дна верхнечелюстной пазухи:

1. выделение из лунки удаленного зуба крови с пузырьками воздуха
2. изменение тембра голоса у пациента
3. наличие пристеночных грануляций в лунке удаленного зуба
4. наружная резорбция корня удаленного зуба

2088. Какова длительность лечения антибактериальными препаратами при ограниченных формах острого остеомиелита:

1. 8-10 дней
2. 3-5 дней
3. 5-7 дней
4. 2-3 недели

2089. Какова длительность лечения антибактериальными препаратами при диффузных формах острого остеомиелита:

1. 2-3 недели

2. 3-5 дней
3. 5-7 дней
4. 8-10 дней

2090. Применение компрессов с димексидом при воспалительных заболеваниях ВНЧС и слюнных желез обусловлено:

1. высокой проникающей способностью через кожные покровы и противовоспалительным эффектом
2. антибактериальным действием
3. жаропонижающим действием
4. фибринолитическим действием

2091. Для уменьшения риска кровотечения во время операции сложного удаления зуба используется:

1. дицинон
2. найз
3. амоксиклав
4. дексаметазон

2092. Материал, применяющийся для ретроградного пломбирования при резекции верхушки корня:

1. стеклоиономерный цемент
2. композит светового отверждения
3. цинк-эвгеноловая паста
4. масляный дентин

2093. Антибактериальную терапию острой стадии остеомиелита челюсти проводят:

1. линкомицином
2. эритромицином
3. фузидином натрия
4. дексаметазоном

2094. Каким из нижеперечисленных свойств не обладают новокаиновые блокады по А.В. Вишневскому при лечении воспалительных процессов слюнных желез:

1. оказывают антибактериальный эффект
2. воздействуют на трофическую функцию нервной системы
3. влияют на интенсивность клеточных процессов
4. купируют воспалительный процесс

2095. При острых сиаладенитах проводят лечебные процедуры:

1. инстилляцию протоков слюнных желез раствором пенициллина
2. орошение полости рта интерфероном
3. ротовые ванночки раствором хлоргексидина
4. тепловые компрессы

2096. При каком сиаладените применяется орошение полости рта интерфероном 4-5 раз в день:

1. гриппозный сиаладенит
2. эпидемический паротит
3. лимфогенный паротит
4. контактный сиаладенит

2097. При лечении острого периодонтита необходимо:

1. создать свободный отток экссудата из периапикальной области
2. удалить причинный зуб
3. провести ампутацию корня

4. провести резекцию верхушки корня пораженного зуба

2098. Оперативный метод, сохраняющий коронку зуба:

1. ампутация корня
2. гемисекция
3. коронково-радикулярная сепарация
4. удаление зуба

2099. Резекция верхушки корня проводится при лечении:

1. резцов и клыков
2. третьих моляров нижней челюсти
3. вторых моляров нижней челюсти
4. третьих моляров верхней челюсти

2100. При апикотомии применяются разрезы кроме:

1. фестончатого
2. углообразного
3. трапецевидного
4. дугообразного

2101. Оперативные методы, не сохраняющие зуб:

1. удаление зуба
2. реплантация зуба
3. цистэктомия
4. резекция верхушки корня

2102. Слизисто-надкостничный лоскут при цистэктомии:

1. больше очага деструкции кости
2. соответствует верхушке причинного зуба
3. соответствует очагу деструкции кости
4. меньше очага деструкции кости

2103. Через какое время появляется реакция пульпы при проведении ЭОД после немедленной витальной реплантации:

1. 2-3 года
2. 2-3 месяца
3. 4-6 месяцев
4. 6-12 месяцев

2104. Противопоказание к гемисекции и ампутации корня зуба:

1. значительный дефект костной ткани у всех корней зуба
2. наличие разряжения костной ткани у верхушки одного корня
3. наличие свищевого хода на слизистой оболочке десны
4. разряжение костной ткани в области бифуркации

2105. Причинный зуб при цистэктомии:

1. сохраняется при локализации кисты на уровне верхушки корня зуба
2. удаляется всегда
3. сохраняется при локализации кисты на уровне шейки зуба
4. удаляется при разрушении костной стенки неба

2106. При цистотомии удаляют:

1. переднюю стенку кисты с костной тканью с последующей тампонадой

2. оболочку кисты полностью с ушиванием раны наглухо
3. одну из боковых стенок кисты
4. всю оболочку с тугий тампонадой раны

2107. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является:

1. цистэктомия
2. криодеструкция
3. склерозирование
4. частичная резекция челюсти

2108. Каким должен быть размер костного окна по отношению к очагу деструкции кости при проведении цистэктомии:

1. соответствовать друг другу
2. на 0,5-1 мм меньше
3. на 1-2 мм меньше
4. на 1-2 мм больше

2109. Хирургическое лечение хронического остеомиелита:

1. удаление причинного зуба, секвестрэктомия, хирургическая обработка гнойных очагов
2. удаление причинного зуба, остеоперфорация, хирургическая обработка гнойных очагов
3. удаление причинного и соседних зубов, остеоперфорация, секвестрэктомия
4. удаление причинного зуба, секвестрэктомия, физиотерапия

2110. Остеоперфорацию при хирургическом лечении острой стадии остеомиелита челюсти проводят:

1. круглым бором
2. дрельбором
3. фрезой
4. желобоватым долотом

2111. Работа бором на кости при удалении полуретенированного дистопированного нижнего третьего моляра проводится:

1. на низких оборотах с охлаждением растворами антисептиков
2. на высокой скорости (сокращая время вмешательства)
3. турбинной установкой
4. лучше не работать

2112. В случае отлома стенки альвеолы с язычной стороны при удалении нижнего третьего моляра нужно:

1. зафиксировать ее зажимом, отделить от нее мышечные пучки и аккуратно извлечь
2. оставить ее на месте
3. наложить швы на слизистую оболочку и ввести дренаж
4. тампонировать лунку йодоформной турундой для фиксации отломка

2113. При радикальной гайморотомии хирургический доступ к верхнечелюстному синусу проводится через:

1. переднюю поверхность тела верхней челюсти
2. полость носа
3. бугор верхней челюсти
4. альвеолярный отросток

2114. Показания к пластике преддверия рта:

1. увеличение площади прикрепленной десны
2. прекращение воспаления в пародонте

3. частичное восстановление утраченных структур пародонта
4. устранение пародонтального кармана

2115. Показанием к открытому кюретажу является:

1. значительное разрастание грануляций и связанная с этим деформация межзубных сосочков
2. абсцедирование
3. острые воспалительные заболевания слизистой оболочки рта
4. некроз десневого края

2116. Показанием к проведению муко-гингивальной пластики не является:

1. фуркационные дефекты третьего класса
2. короткая уздечка нижней губы
3. узкая зона прикрепленной десны
4. наличие рецессии десны

2117. Вестибулопластика – это:

1. пластика преддверия полости рта
2. трансплантация соединительно-тканного лоскута с бугра верхней челюсти или твердого неба
3. ауто трансплантация дермы
4. пластика уздечки языка

2118. Швы после гингивотомии:

1. не накладывают
2. снимают на 3-й день
3. накладывают непосредственно после операции
4. снимают через неделю

2119. При гингивэктомии:

1. удаляют гипертрофированную десну или часть кармана
2. отслаивают слизисто-надкостничный лоскут
3. рассекают десну для получения гнойного экссудата
4. наносят Т-образный разрез на десну

2120. НПВС, преимущественно ингибирующие ЦОГ-2:

1. мовалис
2. кетонал
3. ибупрофен
4. напроксен

2121. Для вантового шинирования используется:

1. арамидная нить
2. лигатурная проволока
3. Fiber-splint
4. Ribbond

2122. Местные антисептики, содержащие хлоргексидин:

1. элюдрил и корсодил
2. эльгидиум и диоксиколь
3. пародиум и сангвиритрин
4. корсодил и катамин

2123. Для склерозирующей терапии применяется:

1. ваготил

2. левомеколь
3. раствор бриллиантового зеленого
4. банеоцин

2124. Пародонтальную повязку применяют для:

1. защиты кровяного сгустка от внешних воздействий после кюретаж
2. шинирования зубов после операции
3. шинирования зубов перед операцией
4. заполнения кармана во время гингивэктомии

2125. Антибиотики, обладающие тропностью к костной ткани:

1. клиндамицин
2. азитромицин
3. амоксиклав
4. доксициклин

2126. Препараты для местного лечения пародонтита, содержащие метранидозол:

1. метрогил-дента
2. солкосерил
3. левомеколь
4. банеоцин

2127. Показание к открытому кюретажу пародонтального кармана:

1. карман 5 мм
2. карман 3—4 мм
3. ложный карман
4. карман более 5 мм

2128. Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита:

1. глубина пародонтального кармана
2. кровоточивость десны при чистке зубов
3. длительность заболевания
4. степень подвижности зубов

2129. Показание к закрытому кюретажу пародонтального кармана:

1. карман 3 – 4мм
2. карман 5мм
3. ложный карман
4. карман более 5мм

2130. Антибактериальный препарат, применяемый при местном лечении гипертрофического гингивита:

1. раствор хлоргексидина
2. масло шиповника
3. раствор перекиси водорода 6%
4. йодинол

2131. При кюретаже пародонтального кармана:

1. разрезы не применяют
2. отслаивают десневой лоскут
3. наносят разрезы по краю десны
4. иссекают пародонтальный карман

2132. После завершения кюретажа пародонтального кармана накладывают:

1. изолирующую повязку
2. лечебную повязку
3. шов
4. изолирующую мембрану

2133. Показаниями к проведению остеогингивопластики являются:

1. тяжелая и средняя форма пародонтита
2. гингивит
3. хронический периодонтит
4. гипертрофический гингивит

2134. Решение о проведении реконструктивного лечения возможно принять:

1. через 3 мес. после наступления терапевтической ремиссии
2. на этапе хирургического устранения карманов
3. через 1 мес. после наступления терапевтической ремиссии
4. в период базового лечения

2135. Планирование реконструктивного лечения целесообразно начинать:

1. при проведении санации пародонтальных карманов
2. в период диагностики заболевания
3. после наступления терапевтической ремиссии
4. на этапе базового лечения

2136. Реконструктивному хирургическому лечению не подлежит:

1. горизонтальная резорбция альвеолярной кости
2. трехстенные дефекты альвеолы
3. двустенные дефекты альвеолы
4. фуркационные дефекты II класса

2137. Реконструктивное лечение целесообразно начинать с зуба, в области которого:

1. трехстенный вертикальный дефект
2. фуркационный дефект II класса
3. двустенный вертикальный дефект
4. горизонтальный дефект

2138. Кюрета mini five предназначена для:

1. манипуляций в узких глубоких карманах
2. для удобного проникновения в карман и минимального травмирования мягких тканей пародонта
3. для манипуляций в пародонтальных карманах глубиной более 5 мм
4. для манипуляций в пародонтальных карманах глубиной более 3 мм

2139. Назначение кюреты Грейси 1/2:

1. для обработки фронтальных зубов (все поверхности)
2. для обработки боковых зубов (все поверхности)
3. для обработки фронтальных зубов и премоляров (все поверхности)
4. для обработки боковых зубов (вестибулярная и оральная поверхности)

2140. Для обработки моляров (дистальных поверхностей) используют кюрету:

1. Грейси 13/14
2. Грейси 15/16
3. Грейси 1/2
4. Грейси 9/10

2141. Микроорганизмы, вызывающие неприятный запах изо рта:

1. пародонтопатогенные анаэробные микроорганизмы
2. аэробные бактерии
3. сапрофитная микрофлора
4. резидентная микрофлора

2142. Для оценки тяжести пародонтита необходимо определить:

1. подвижность зуба, глубину пародонтального кармана, уровень резорбции альвеолярной кости
2. рецессию десны, глубину пародонтального кармана
3. потерю пародонтального прикрепления, подвижность зуба
4. концентрацию глюкозы в крови

2143. При катаральном гингивите количество десневой жидкости:

1. не изменяется
2. уменьшается
3. увеличивается
4. уменьшается в 2 раза

2144. При катаральном гингивите на рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки:

1. отсутствует
2. на 1/3 длины корня зуба
3. на 1/2 длины корня зуба
4. на 2/3 длины корня зуба

2145. Выраженность воспалительного процесса при катаральном гингивите можно определить с помощью индекса:

1. РМА
2. РНР
3. CSI
4. СРITN

2146. Ранним клиническим признаком воспаления в десне является:

1. кровоточивость при зондировании
2. деформация десневых сосочков
3. пародонтальный карман до 3 мм
4. пародонтальный карман 4 мм и более

2147. Проба Шиллера–Писарева определяет:

1. воспаление десны
2. нарушение обмена глюкозы
3. состояние капилляров десны
4. уровень гигиены полости рта

2148. фуркационный дефект III класса – это:

1. сквозной дефект в области фуркации зуба, выявляемый при зондировании
2. межкорневая кость частично утрачена, но сквозной дефект отсутствует
3. сквозной дефект межкорневой перегородки, не скрытый десной
4. фуркационный дефект, возможно горизонтальное погружение зонда в направлении межкорневой перегородки более чем на 2 мм

2149. Двухстеночный дефект альвеолярной кости формируется при:

1. пародонтите

2. гингивите
3. рецессии десны
4. пародонтозе

2150. Расщелины Штильмана являются одной из форм:

1. рецессии десны
2. гингивита
3. пародонтита
4. пародонтоза

2151. К рецессии десны I класса по классификации Миллера относится:

1. рецессия в пределах прикрепленной десны. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
2. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
3. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов
4. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков

2152. К рецессии десны II класса по классификации Миллера относится:

1. рецессия десны в пределах подвижной слизистой, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
2. рецессия в пределах прикрепленной десны. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
3. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов
4. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков

2153. К рецессии десны III класса по классификации Миллера относится:

1. рецессия десны в пределах подвижной слизистой, межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачена
2. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
3. рецессия в пределах прикрепленной десны. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
4. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков

2154. К рецессии десны IV класса по классификации Миллера относится:

1. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков
2. рецессия в пределах прикрепленной десны. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
3. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов
4. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует

2155. Острота пародонтального инструмента проверяется с помощью:

1. пластмассовой палочки
2. листка бумаги
3. деревянного бруска
4. металлического бруска

2156. Наличие пародонтального кармана определяется по:

1. погружению зонда на глубину 3 мм и более
2. обнажению поверхности корня зуба
3. погружению зонда на глубину менее 3 мм
4. пальпаторно

2157. Наличие ложного десневого кармана характерно для:

1. гипертрофического гингивита
2. катарального гингивита
3. язвенно-некротического гингивита
4. пародонтита

2158. Пуговчатый зонд применяют для:

1. определения глубины и рельефа пародонтального кармана
2. зондирования кариозных полостей
3. изменения величины рецессии
4. обнаружения поддесневых зубных отложений

2159. В состав зубной бляшки входит:

1. компоненты слюны, бактерии и продукты их жизнедеятельности, остатки пищи и клеток бактерий
2. микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности
3. эпителиальных клеток и компонентов крови
4. протеины слюны

2160. Основные признаки воспалительных изменений в десне:

1. гиперемия, отечность, кровоточивость
2. ишемия десневого края
3. множественная рецессия десны
4. гиперемия, гноетечение

2161. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть наклонена:

1. вперед
2. назад
3. влево
4. вправо

2162. При обследовании слюнных желез применяют метод:

1. пальпации
2. перкуссии
3. артикуляции
4. аускультации

2163. К опухолеподобным поражениям одонтогенного происхождения относится:

1. кератокиста
2. фиброма

3. папилома
4. келоид

2164. При глубине пародонтального кармана более 5 мм показано:

1. открытый кюретаж
2. гемисекция
3. вестибулопластика
4. закрытый кюретаж

2165. Лечение катарального гингивита включает в себя:

1. профессиональную гигиену
2. антибиотикотерапию
3. динамическое наблюдение
4. гингивэктомию

2166. Лечение гипертрофического гингивита включает в себя:

1. гингивэктомию
2. антибиотикотерапию
3. открытый кюретаж
4. динамическое наблюдение

2167. При недостаточном объеме костной ткани для установки имплантата на верхней челюсти в области премоляров и моляров проводится операция:

1. синуслифтинг
2. гингивэктомия
3. вестибулопластика
4. удаления зуба

2168. В комплекс лечения острого периостита входит:

1. физиотерапия
2. криотерапия
3. химиотерапия
4. электрокоагуляция

2169. Показанием к дентальной имплантации является:

1. отсутствие одного или нескольких зубов
2. хронический генерализованный пародонтит
3. разрушение коронковой части зуба
4. одонтогенная киста челюсти

2170. При недостаточном объеме костной ткани для установки имплантата на нижней челюсти проводится операция:

1. костная пластика
2. гингивэктомия
3. синуслифтинг
4. вестибулопластика

2171. Общее состояние пациента при ограниченном остеомиелите челюсти:

1. удовлетворительное
2. средней тяжести
3. тяжелое
4. крайне тяжелое

2172. После проведения хирургического лечения острой стадии остеомиелита челюсти общее состояние пациента:

1. улучшается
2. стабилизируется
3. ухудшается
4. не меняется

2173. После удаления зуба при нормальном процессе заживления костная ткань восстанавливается через:

1. 6 месяцев
2. 2-3 месяца
3. 3-4 месяца
4. 9-12 месяцев

2174. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит терапия:

1. десенсибилизирующая
2. седативная
3. мануальная
4. гипотензивная

2175. Длительность лечения антибактериальными препаратами при ограниченных формах острого остеомиелита составляет:

1. 8-10 дней
2. 3-5 дней
3. 5-7 дней
4. 2-3 недели

2176. Длительность лечения антибактериальными препаратами при диффузных формах острого остеомиелита составляет:

1. 2-3 недели
2. 3-5 дней
3. 5-7 дней
4. 8-10 дней

2177. Операция синуслифтинг проводится:

1. внутриротовым доступом
2. наружным доступом
3. доступом через нижний носовой ход
4. доступом через средний носовой ход

2178. Дентальные имплантаты изготавливаются:

1. из титана
2. из стали
3. из меди
4. из золота

2179. Второй этап при двухэтапной методике имплантации подразумевает:

1. установку формирователя десны
2. установку временной коронки на имплантат
3. установку абатмента
4. снятие оттиска

2180. Установка имплантата на нижней челюсти проводится после удаления зуба минимум через:

1. 3 месяца
2. 6 месяцев
3. 8 месяцев
4. 12 месяцев

2181. Установка имплантата на верхней челюсти проводится после удаления зуба минимум через:

1. 6 месяцев
2. 8 месяцев
3. 12 месяцев
4. 3 месяца

2182. Наиболее оптимальным по современным представлениям видом интеграции дентального имплантата в костную ткань является:

1. остеоинтеграция
2. фиброостеоинтеграция
3. фиброинтеграция
4. пролиферация

2183. Оптимальный срок остеоинтеграции имплантатов на верхней челюсти после операции дентальной имплантации:

1. 6 месяцев
2. 8 месяцев
3. 12 месяцев
4. 3 месяца

2184. Оптимальный срок остеоинтеграции имплантатов на нижней челюсти после операции дентальной имплантации:

1. 3 месяца
2. 6 месяцев
3. 8 месяцев
4. 12 месяцев

2185. Метод субъективного обследования больного в клинике ортопедической стоматологии включает:

1. опрос
2. осмотр
3. рентгенографическое исследование
4. изучение диагностических моделей

2186. Наибольшую информацию о состоянии периапикальных тканей зубов верхней и нижней челюсти дает метод рентгенологического обследования:

1. ортопантомография
2. дентальная рентгенография
3. панорамная рентгенография
4. телерентгенография

2187. Наиболее информативным методом рентгенологического обследования для оценки качества пломбирования корневых каналов зубов верхней и нижней челюсти является:

1. дентальная рентгенография
2. панорамная рентгенография
3. ортопантомография
4. телерентгенография

2188. Окклюзиограмма применяется для определения:

1. окклюзионных контактов
2. окклюзионной высоты
3. выносливости тканей пародонта
4. степени подвижности зубов

2189. Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди включает классов:

1. четыре
2. два
3. три
4. пять

2190. Измерение тонуса жевательных мышц:

1. миотонометрия
2. реопародонтография
3. гнатодинамометрия
4. электромиография

2191. Графический метод регистрации жевательных движений нижней челюсти:

1. мастикациография
2. миотонометрия
3. одонтопародонтограмма
4. реопародонтография

2192. Показатели разности электрохимических потенциалов в полости рта в норме:

1. до 80 мВ
2. 90-100 мВ
3. 110-120 мВ
4. 130-150 мВ

2193. Гнатодинамометрия исследует:

1. силу жевательного давления и выносливость пародонта к нагрузке
2. движения нижней челюсти
3. биопотенциалы жевательных мышц
4. выносливость пародонта к нагрузке

2194. Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба, равный 0,9, является показанием к изготовлению:

1. штифтовой конструкции
2. вкладки
3. полукоронки
4. экваторной коронки

2195. Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба, равный 0,45, является показанием к изготовлению:

1. вкладки
2. полукоронки
3. штифтового зуба
4. экваторной коронки

2196. Показанием к изготовлению штифтовой конструкции является:

1. разрушение коронки зуба на уровне десны
2. отлом угла режущего края зуба

3. разрушение корня зуба на 1/3
4. кариозная полость I класса по Блэку

2197. Показание к изготовлению имедиат-протеза:

1. удаление зуба в связи с пародонтитом
2. множественный кариес
3. деформация зубных рядов
4. артроз височно-нижнечелюстного сустава

2198. Выберите материал для вкладки фронтальной группы зубов:

1. фарфор
2. фторакс
3. легкоплавкий металл
4. базисная пластмасса

2199. Выберите материал для вкладки боковой группы зубов:

1. золото 900 пробы
2. базисная пластмасса
3. фторакс
4. легкоплавкий металл

2200. При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют только для вкладок:

1. из благородных металлов
2. из неблагородных металлов
3. пластмассовых
4. фарфоровых

2201. Сформированное дно полости для вкладки должно быть:

1. параллельно крыше пульповой камеры
2. под углом 5° к рогам пульпы
3. повторять рельеф крыши пульповой камеры
4. под углом 10° к рогам пульпы

2202. После препарирования зуба под вкладку полость должна иметь стенки:

1. слегка дивергирующие
2. слегка конвергирующие
3. параллельные
4. непараллельные

2203. Штифтовой зуб по Ричмонду - это конструкция:

1. с наружным кольцом
2. с вкладкой
3. фабричного изготовления
4. с надкорневой защиткой

2204. При изготовлении штифтовой конструкции оптимальная длина штифта относительно длины корня составляет:

1. 2/3
2. 1/3
3. 1/2
4. всю длину корня

2205. При препарировании зуба под фарфоровую корону создают уступ:

1. круговой под углом  $90^\circ$
2. круговой под углом  $135^\circ$
3. под углом  $135^\circ$  только с вестибулярной стороны
4. под углом  $90^\circ$  только с вестибулярной стороны

2206. При препарировании зуба под штампованную коронку культе зуба придают форму:

1. с параллельными стенками
2. с сохранением экватора с вестибулярной стороны зуба
3. в виде конуса
4. в виде обратного конуса

2207. Для изготовления коронок методом наружной штамповки применяют штампы, отлитые из:

1. легкоплавкого сплава
2. нержавеющей стали
3. хромо-кабальтового сплава
4. серебряно-паладиевого сплава

2208. Создание чрезмерной конусности культы зуба при препарировании под металлокерамическую коронку приводит к:

1. ослаблению фиксации коронки
2. травме пародонта
3. затрудненному положению коронки
4. эстетическому дефекту в области шейки зуба

2209. Припасовка опорных коронок является отдельным клиническим этапом при изготовлении мостовидного протеза:

1. штамповано-паяного
2. любого
3. цельнолитого
4. металлокерамического

2210. Метод моделировки литого каркаса металлокерамической коронки:

1. погружение гипсового штампика в разогретый воск с последующей моделировкой
2. нанесение базисного воска на модель с помощью моделировочных инструментов
3. изготовление трех колпачков из полимерной пленки различной толщины
4. изготовление платинового колпачка и нанесение на него воска

2211. Перед снятием двухслойного оттиска ретракция десны необходима, чтобы:

1. получить точный отпечаток поддесневой части зуба
2. получить точный отпечаток наддесневой части зуба
3. остановить кровотечение
4. обезболить десневой край

2212. Качество окклюзионного контакта искусственных зубов в полости рта проверяется:

1. с помощью тонкой артикуляционной бумаги
2. визуально
3. с помощью плотной копировальной бумаги
4. с помощью базисного воска

2213. Зубной протез, восстанавливающий анатомическую форму зуба:

1. искусственная коронка
2. каркас металлопластмассовой коронки
3. культевая вкладка

4. каркас металлокерамической коронки

2214. Зубной протез, применяемый при разрушении фронтальной группы зубов больше чем на 2/3 высоты коронковой части зуба:

1. штифтовый зуб
2. вкладка
3. коронка литая
4. коронка металлокерамическая

2215. Металлическая штампованная коронка своим краем погружается в зубодесневой желобок не более чем на (мм):

1. 0,3
2. 0,5 – 1,0
3. 1,0 – 1,5
4. 1,5 – 2,0

2216. К коронкам жакета относятся:

1. фарфоровая
2. металлокерамическая
3. литая
4. штампованная

2217. К цельнометаллическим коронкам относятся:

1. штампованная, литая
2. металлокерамическая
3. металлоакриловая
4. пластмассовая

2218. К комбинированной коронке относится:

1. металлокерамическая
2. фарфоровая
3. пластмассовая
4. литая

2219. К неметаллическим коронкам можно отнести:

1. фарфоровые, пластмассовые
2. металлокерамические
3. металлоакриловые
4. цельнолитые

2220. К провизорным коронкам относится:

1. пластмассовая
2. металлокерамическая
3. полукоронка
4. металлопластмассовая

2221. По материалу коронки различают:

1. металлические, неметаллические, комбинированные
2. литые, штампованные
3. штампованные
4. полимеризованные

2222. По назначению коронки могут быть:

1. опорные, шинирующие, восстановительные
2. металлокерамические, металлопластмассовые
3. литые, полимеризованные
4. пластмассовые, композитные

2223. По методу изготовления коронки могут быть:

1. штампованные, полимеризованные, литые
2. пластмассовые, фарфоровые
3. восстановительные, опорные
4. опорные, металлокерамические

2224. При изготовлении штифтовой конструкции длина штифта относительно длины корня должна составлять:

1.  $2/3$
2.  $1/3$
3.  $1/2$
4. вся длина корня

2225. Телескопическая коронка используется для фиксации:

1. съемного пластиночного протеза, съемного мостовидного протеза
2. консольного протеза
3. несъемного мостовидного протеза
4. пластмассовой каппы

2226. При выборе метода лечения, когда индекс разрушения окклюзионной поверхности по В.Ю. Милекевичу (иропз) = 0,6 показано лечение:

1. искусственной коронкой
2. вкладкой
3. штифтовой конструкцией
4. пломбой

2227. При выборе метода лечения, когда индекс разрушения окклюзионной поверхности по В.Ю. Милекевичу (иропз) = 0,8 показано лечение:

1. штифтовой конструкцией
2. пломбой
3. вкладкой
4. искусственной коронкой

2228. При выборе метода лечения, когда индекс разрушения окклюзионной поверхности по В.Ю. Милекевичу (иропз) до 0,5 показано лечение:

1. вкладкой
2. штифтовым зубом
3. искусственной коронкой
4. мостовидным протезом

2229. Пластмассовая коронка изготавливается из:

1. полимеров акрилового ряда
2. термопластических масс
3. силиконовых масс
4. альгинатных масс

2230. Телескопическая коронка – это:

1. металлический колпачок, сверху покрывающийся металлической коронкой

2. фарфоровый колпачок, сверху покрывающийся фарфоровой коронкой
3. пластмассовый колпачок, сверху покрывающийся пластмассовой коронкой
4. пластмассовый колпачок, сверху покрывающийся металлической коронкой

2231. Несъемный зубной протез, восстанавливающий анатомическую форму зуба:

1. вкладка
2. мостовидный протез
3. культевая вкладка
4. телескопический колпачок

2232. При отломе коронковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают:

1. штифтовой конструкцией
2. экваторной коронкой
3. полукоронкой
4. съемным протезом

2233. Пластмассовая коронка по отношению к десневому краю должна располагаться:

1. на уровне десны
2. не доходить до десны на 1,0 мм
3. не доходить до десны на 0,5 мм
4. под десной на 1,0 мм

2234. Полукоронки применяют на следующие группы зубов:

1. фронтальные зубы и премоляры
2. моляры нижней челюсти
3. моляры верхней челюсти
4. только премоляры

2235. При определении центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей антропометрический метод определения высоты нижнего отдела лица:

1. основывается на пропорциональности верхнего, среднего и нижнего отделов лица
2. является описательным и основан на восстановлении правильной конфигурации лица по внешнему виду пациента
3. основывается на определении высоты относительного физиологического покоя нижней челюсти и наличии свободного межокклюзионного промежутка
4. основывается на наличии свободного межокклюзионного промежутка

2236. При изготовлении протезов восковые базисы с окклюзионными валиками используются для определения:

1. центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей
2. высоты нижнего отдела лица
3. высоты относительного физиологического покоя
4. жевательной эффективности

2237. Количество препарированных поверхностей зуба при изготовлении коронки:

1. 5
2. 4
3. 3
4. 2

2238. При препарировании зуба под литую коронку создают конусность стенок, которая составляет:

1. 6-8°
2. 10-15°

3. 15-20°
4. 20-25°

2239. При препарировании сепарацию зуба проводят:

1. односторонним алмазным диском
2. двухсторонним алмазным диском
3. карборундовым камнем
4. колесовидным бором

2240. Жевательную поверхность для изготовления штампованной стальной коронки сошлифовывают на (мм):

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

2241. Для формирования уступа под коронку используют инструменты:

1. торцевые твердосплавные боры для турбинного наконечника
2. шаровидные боры
3. алмазные турбинные боры
4. сепарационные диски

2242. При изготовлении фарфоровой коронки на фронтальную группу зубов верхней челюсти формируют уступ:

1. по всему периметру зуба
2. только на небной поверхности зуба
3. на вестибулярной и апроксимальных сторонах
4. только с апроксимальных сторон

2243. При препарировании зуба под фарфоровую коронку создают конусность стенок, которая составляет:

1. 6-8°
2. 10-15°
3. 15-20°
4. 20-25°

2244. Уступ при препарировании зуба под фарфоровую коронку формируют под углом:

1. 90°
2. 120°
3. 130°
4. 135°

2245. Толщина фарфоровой коронки должна быть не менее (мм):

1. 1,0-1,5
2. 0,3-0,5
3. 0,5-0,9
4. 0,1-0,2

2246. Толщина каркаса металлокерамической коронки должна быть не менее (мм):

1. 0,3
2. 0,1
3. 0,2
4. 0,5

2247. Формирование уступа необходимо для:

1. уменьшения травмы десны и улучшения эстетики
2. лучшей фиксации коронки
3. улучшения плотности контакта: коронка + зуб
4. повышения устойчивости зуба

2248. Возникающую боль при препарировании зуба можно уменьшить:

1. анестезией
2. снижением скорости вращения инструмента
3. неточной центровкой инструмента
4. нагреванием инструмента и зуба

2249. При препарировании зуба под штампованную коронку боковым стенкам придают:

1. параллельность
2. конусность 6-8 градусов
3. конусность 15-20 градусов
4. конусность 10-15 градусов

2250. При изготовлении цельнолитых коронок для получения рабочего оттиска используются оттисковые массы:

1. силиконовые
2. альгинатные
3. термопластические
4. твердокристаллические

2251. Показанием к депульпированию зуба или группы зубов является:

1. аномальное положение зуба неблагоприятное для ортопедического лечения
2. при изготовлении штампованных коронок
3. молодой возраст пациентов
4. пожилой возраст пациентов

2252. Показанием к депульпированию зуба или группы зубов является:

1. необходимость значительного укорочения при препарировании
2. при изготовлении штампованных коронок
3. молодой возраст пациентов
4. старческий возраст пациентов

2253. Толщина пластмассовой коронки должна быть не менее (мм):

1. 1,0-1,5
2. 0,5-0,7
3. 2,8-3,0
4. 2,0-2,5

2254. При препарировании зуба для изготовления штампованной коронки с боковых поверхностей осуществляют сошлифовку:

1. соответственно периметру шейки зуба, формируя цилиндр
2. на толщину материала коронки
3. только экватор
4. формируя конус 9-10 градусов

2255. При препарировании зубов под фарфоровую коронку апроксимальные стенки должны:

1. конвергировать под углом 6-8 градусов

2. слегка дивергировать
3. быть строго параллельны
4. конвергировать под углом 10-15 градусов

2256. Толщина металлокерамической коронки должна быть не менее (мм):

1. 1,8-2,0
2. 0,5-0,9
3. 1,0-1,2
4. 0,2-0,4

2257. Величина сошлифовывания твердых тканей при препарировании под одиночную коронку зависит от:

1. анатомической формы зуба и материала для изготовления коронки
2. подвижности зуба
3. степени атрофии кости альвеолы
4. расположения зуба в зубном ряду

2258. Клинический этап изготовления литой металлической коронки:

1. определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей
2. полировка коронки
3. изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками
4. моделирование литой коронки

2259. Лабораторный этап изготовления литой металлической коронки:

1. моделирование литой коронки
2. определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей
3. припасовка литой коронки в полости рта
4. препарирование зуба под литую металлическую коронку

2260. Клинический этап изготовления металлопластмассовой коронки:

1. припасовка каркаса металлопластмассовой коронки в полости рта
2. изготовление разборной комбинированной модели
3. полировка металлопластмассовой коронки
4. моделирование каркаса металлопластмассовой коронки

2261. Клинический этап изготовления металлокерамической коронки:

1. припасовка металлокерамической коронки в полости рта
2. моделирование каркаса металлокерамической коронки
3. глазурование металлокерамической коронки
4. изготовление разборной комбинированной модели

2262. Лабораторный этап изготовления металлопластмассовой коронки:

1. полировка металлопластмассовой коронки
2. определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей
3. препарирование зуба под металлопластмассовую коронку
4. припасовка каркаса металлопластмассовой коронки в полости рта

2263. Лабораторный этап изготовления металлокерамической коронки:

1. глазурование металлокерамической коронки
2. определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей
3. припасовка каркаса металлокерамической коронки в полости рта
4. припасовка металлокерамической коронки в полости рта

2264. Для формирования уступа-скоса под углом 135 градусов при препарировании под цельнолитые коронки с облицовкой необходимы боры формы:

1. торпедовидные
2. шаровидные
3. пикообразные
4. цилиндрические

2265. Для уменьшения рвотного рефлекса при получении оттисков пациенту рекомендуется прополоскать рот:

1. концентрированным раствором поваренной соли
2. теплой водой
3. содовым раствором
4. раствором перманганата калия

2266. Этап получения анатомического оттиска включает:

1. подбор стандартной оттискной ложки
2. изготовление индивидуальной ложки
3. подбор оттискной ложки, при помощи функциональных проб
4. перфорирование индивидуальной ложки в области болтающегося гребня

2267. Толщину каркаса металлокерамической коронки определяют:

1. микрометром
2. эстеziомером
3. электромиографом
4. гнатодинаметром

2268. Создание большой конусности зуба при препарировании приведет к:

1. расцементировке коронки
2. повреждению десневого края опорного зуба
3. повреждению пародонта опорного зуба
4. отколу керамической массы

2269. Относительным противопоказанием к применению металлокерамических коронок является:

1. парафункция жевательных мышц (бруксизм)
2. бипрогнатический прикус
3. прогенический прикус
4. ортогнатический прикус

2270. Между жевательной поверхностью каркаса металлокерамической коронки и зубами антагонистами оптимальное межжкклюзионное пространство около (мм):

1. 2,0
2. 0,5
3. 1,0
4. 0,8

2271. Относительным противопоказанием к применению металлокерамических коронок является:

1. недостаточная высота коронок естественных зубов
2. плоская форма естественных зубов
3. чрезмерная выраженность экваторов естественных зубов
4. депульпированные зубы

2272. На этапе припасовки каркаса металлокерамической коронки обнаружено неплотное прилегание края коронки к шейке зуба, необходимо:

1. вернуть в лабораторию для переделки коронки
2. провести коррекцию края коронки крампонными щипцами
3. дополнительно препарировать культю зуба
4. провести коррекцию края коронки с помощью молоточка и наковальни

2273. Показанием к изготовлению культевой штифтовой вкладки является:

1. разрушение твердых тканей зуба на уровне десны
2. атрофия костной ткани стенок альвеол III и IV степени
3. подвижность корня II – III степени
4. разрушение твердых тканей зуба ниже уровня десневого края до 1/2 длины корня

2274. Причины, приводящие к разрушению фарфоровой коронки:

1. невыверенные окклюзионные контакты
2. чрезмерная конусность культи зуба
3. чрезмерное укорочение зуба
4. слишком большая толщина коронки

2275. К неспецифическим факторам, способствующим развитию аллергической реакции при использовании металлической вкладки, относят:

1. коррозионные процессы сплавов
2. тепловой эффект
3. олигодинамическое действие
4. кариозные процессы

2276. К неспецифическим факторам, способствующим развитию аллергической реакции при использовании металлической вкладки, относят:

1. изменение pH слюны в кислую сторону
2. тепловой эффект
3. олигодинамическое действие
4. кариозные процессы

2277. К неспецифическим факторам, способствующим развитию аллергической реакции при использовании металлической вкладки, относят:

1. выход ионов металлов в организм
2. тепловой эффект
3. отек квинке
4. кариозные процессы

2278. Производственное помещение зуботехнической лаборатории, в котором может быть выполнена работа по переводу композиции из воска в металл:

1. литейная
2. паяльная
3. гипсовочная
4. полировочная

2279. Производственное помещение зуботехнической лаборатории, в котором производится соединение частей мостовидного протеза:

1. паяльная
2. гипсовочная
3. полировочная
4. литейная

2280. Производственное помещение зуботехнической лаборатории, в котором производится перевод композиции из воска в пластмассу:

1. полимеризационная
2. паяльная
3. полировочная
4. литейная

2281. Нормы площади в лечебном кабинете на одно стоматологическое кресло составляет (м<sup>2</sup>):

1. 14
2. 12
3. 10
4. 8

2282. Нормы площади в лечебном кабинете на каждое дополнительное стоматологическое кресло составляют (м<sup>2</sup>):

1. 7
2. 10
3. 12
4. 14

2283. Пол в лечебном кабинете должен быть покрыт:

1. линолеумом
2. паркетом
3. ламинатом
4. ковровином

2284. Влажную уборку лечебных помещений необходимо проводить в день(раз):

1. 2
2. 1
3. 3
4. 4

2285. Производственное помещение зуботехнической лаборатории, в котором проводится отливка гипсовых моделей, называется:

1. гипсовочная
2. полимеризационная
3. литейная
4. паяльная

2286. Производственное помещение зуботехнической лаборатории, в котором проводится гипсовка моделей в артикулятор, окклюдатор, кюветы называется:

1. гипсовочная
2. полимеризационная
3. литейная
4. полировочная

2287. Производственное помещение зуботехнической лаборатории, которое предназначено для приготовления, формовки и полимеризации пластмасс:

1. полимеризационная
2. литейная
3. паяльная
4. полировочная

2288. Производственное помещение зуботехнической лаборатории, в котором проводится процесс отбеливания протезов:

1. паяльная
2. гипсовочная
3. полимеризационная
4. литейная

2289. Производственное помещение зуботехнической лаборатории, в котором проводится шлифовка и полировка всех видов протезов:

1. полировочная
2. гипсовочная
3. полимеризационная
4. литейная

2290. Финансовым документом, сопровождающим все этапы изготовления протеза, является:

1. заказ – наряд
2. история болезни
3. талон назначения больного к врачу
4. консультативное заключение

2291. Паспортная часть истории болезни заполняется:

1. в регистратуре
2. врачом-ортопедом
3. медицинской сестрой
4. зубным техником

2292. Аллергические реакции в истории болезни указываются в графе:

1. перенесенные и сопутствующие заболевания
2. в жалобах больного
3. развитие настоящего заболевания
4. внешний осмотр

2293. Время и причины потери или отсутствия зубов в истории болезни указывается в графе:

1. развитие настоящего заболевания
2. жалобы больного
3. перенесенные и сопутствующие заболевания
4. внешний осмотр

2294. Локализацию асимметрии лица в истории болезни указывают в графе:

1. внешний осмотр
2. жалобы больного
3. перенесенные и сопутствующие заболевания
4. развитие настоящего заболевания

2295. Исследование кровообращения в тканях пародонта - это:

1. реопародонтография
2. миотонометрия
3. электромиография
4. мастикациография

2296. Исследование кровообращения в зубе - это:

1. реодонтография
2. реопародонтография

3. миотонометрия
4. реоартрография

2297. Реакция зуба на температурные раздражители называется:

1. термодиагностика
2. реопародонтография
3. электроодонтодиагностика
4. реодонтография

2298. Определение функционального состояния пульпы зуба называется:

1. электроодонтодиагностика
2. реопародонтография
3. термодиагностика
4. реодонтография

2299. Жевательная проба, которая показывает степень измельчения 0,8 г. ореха и время жевательного цикла, предложена:

1. Рубиновым С.И.
2. Гельманом С.Е.
3. Агаповым Н.И.
4. Курляндским В.Ю.

2300. Жевательная проба, которая показывает степень измельчения 5 г. миндаля после жевания в течение 50 сек., предложена:

1. Гельманом С.Е.
2. Рубиновым С.И.
3. Агаповым Н.И.
4. Курляндским В.Ю.

2301. Первая степень подвижности зуба по Энтину определяется в направлении:

1. вестибуло-оральном
2. вертикальном
3. круговом
4. мезио-дистальном

2302. Вторая степень подвижности зуба по Энтину определяется в направлении:

1. вестибуло-оральном и мезио-дистальном
2. вертикальном
3. круговом
4. вестибуло-оральном

2303. Метод определения электрического тока в полости рта называется:

1. гальванометрия
2. электроодонтометрия
3. артография
4. реодентография

2304. По данным электроодонтометрии порог возбуждения интактных зубов равен (мкА):

1. 2–6
2. 20–40
3. 40–60
4. 60–90

2305. По данным электроодонтометрии порог возбуждения при фиброзном воспалении пульпы равен (мкА):

1. 20–40
2. 2–6
3. 40-60
4. 60–90

2306. Подвижность зуба определяют:

1. пальпаторно
2. зондом
3. гладилкой
4. экскаватором

2307. Следствием кариеса твердых тканей зубов является:

1. частичное разрушение коронки зуба
2. флюороз
3. клиновидный дефект
4. гипоплазия эмали

2308. Следствием кариеса твердых тканей зубов является:

1. полное разрушение коронки зуба
2. эрозия твердых тканей зуба
3. гиперплазия эмали
4. аномалия развития и прорезывания зубов

2309. Десневой физиологический желобок имеет глубину не более (мм):

1. 0,5 – 1,0
2. 2 – 3
3. 4 – 5
4. 6 – 7

2310. Степень атрофии альвеолярного отростка (альвеолярной части) определяется уровнем расположения вершины гребня по отношению к:

1. переходной складке
2. шейкам естественных зубов
3. окклюзионной поверхности естественных зубов
4. зубам - антагонистам

2311. Классификация дефектов зубных рядов по Е.И. Гаврилову включает классов:

1. четыре
2. два
3. шесть
4. три

2312. При наличии трех пар зубов-антагонистов в каждой функционально-ориентированной группе при отсутствии снижения высоты нижнего отдела лиц определяют:

1. центральную окклюзию
2. центральное соотношение челюстей
3. межальвеолярное расстояние
4. высоту нижнего отдела лица

2313. Для дифференциации компенсированной формы патологической стираемости твердых тканей зубов от декомпенсированной необходимо:

1. измерить разницу между верхним и нижним отделом лица при физиологическом покое и в центральной окклюзии
2. изготовить диагностические модели
3. провести рентгенологическое исследование зубов
4. провести реопарадонтотографию

2314. Причиной диастемы является:

1. укороченная уздечка верхней губы
2. гингивит
3. кариес в стадии пятна
4. скученность зубов

2315. При внешнем осмотре больных с декомпенсированной формой, повышенной стертости зубов выявляется:

1. углубление носогубных складок, старческое выражение лица
2. асимметрия лица
3. птичье лицо
4. гиперемия кожных покровов

2316. Для выявления суперконтактов в заднем контактном положении нижнюю челюсть смещают:

1. дистально
2. в правую боковую окклюзию
3. в левую боковую окклюзию
4. в переднюю окклюзию

2317. Отсутствие снижения высоты нижней трети лица при компенсированной форме патологической стираемости зубов обусловлено:

1. гипертрофией альвеолярного отростка челюстей
2. смещением нижней челюсти
3. изменением взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава
4. выдвиганием зубов

2318. При прямом виде прикуса встречается форма патологической стираемости:

1. горизонтальная
2. вертикальная
3. смешанная
4. компенсированная

2319. Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и/или оральная поверхности зубов:

1. вертикальная
2. декомпенсированная
3. компенсированная
4. горизонтальная

2320. Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижней трети лица, называется:

1. компенсированная
2. чрезмерная
3. горизонтальная
4. вертикальная

2321. К деформации зубных рядов может привести:

1. патологическая стираемость
2. несовершенный дентиногенез
3. тауродонтизм
4. лейкоплакия

2322. Жевательная проба С.Е. Гельмана показывает:

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

2323. В.А. Пономарева выделяет количество форм зубочелюстных деформаций:

1. две
2. три
3. четыре
4. пять

2324. Отношение между экстра - и интраальвеолярной частями зуба остается неизменным при:

1. I форме феномена Попова
2. II форме, 2-я группа феномена Попова
3. II форме, 1-я группа феномена Попова
4. III форме феномена Попова

2325. Наличие разнородных металлических сплавов в полости рта является причиной:

1. гальванизма
2. пародонтита
3. пародонтоза
4. артрита ВНЧС

2326. Дефект зубного ряда в области передней группы зубов определяют, как:

1. IV класс по классификации Кеннеди
2. III тип по классификации Шредера
3. III класс по классификации Кеннеди
4. I класс по классификации Келлера

2327. Нормальные показатели микротоков полости рта:

1. 1-3мкА
2. 2-6мкА
3. 2-5мкА
4. 3-7мкА

2328. Изучение рабочей модели в параллеломере необходимо для:

1. выбора пути введения бюгельного протеза
2. определения центральной окклюзии
3. определения методики дублирования модели
4. выбора модели

2329. Метод измерения выносливости пародонта к нагрузке называется:

1. гнатодинамометрия
2. реопародонтография
3. миотонометрия
4. электромиография

2330. Коэффициент выносливости пародонта зубов, предложенные В.Ю. Курляндским, получены на основании данных исследований:

1. гнатодинамометрии
2. анатомических особенностей строения зубов
3. подвижности зубов
4. жевательных проб

2331. Гальваноз возникает при ортопедическом лечении с использованием сплавов:

1. разнородных
2. серебряно-палладиевых
3. кобальт-хромовых
4. на основе золота

2332. Одонтопародонтограмма содержит информацию о:

1. состоянии костной ткани пародонта
2. состоянии капилляров десны
3. состоянии слизистой оболочки полости рта
4. степени подвижности зубов

2333. Односторонний дистально неограниченный (концевой) дефект зубного ряда по классификации Кеннеди относится к классу:

1. второму
2. первому
3. третьему
4. четвертому

2334. При потере боковых зубов во фронтальном отделе может возникать:

1. отраженный травматический узел
2. атрофический блок
3. прямой травматический узел
4. отсутствие всяких изменений

2335. Показанием к изготовлению мостовидного протеза является:

1. включенный дефект зубного ряда
2. дефект коронковой части зуба
3. патологическая стираемость
4. пародонтит тяжелой степени

2336. При 3-й степени патологической стираемости зубов показано применение:

1. культевых коронок
2. пломб
3. вкладок
4. штампованных коронок

2337. Промежуточная часть мостовидного протеза в области боковых зубов по отношению к десне:

1. не касается
2. касается по всей поверхности
3. касается в двух точках
4. касается в одной точке

2338. Формы промежуточной части мостовидного протеза:

1. седловидная, промывная, касательная
2. промывная, цельнолитая, диаторическая

3. касательная, перекрестная, с гирляндой
4. седловидная, промывная, с гирляндой

2339. Несъемные мостовидные протезы по способу передачи жевательного давления относятся к:

1. физиологическим
2. полуфизиологическим
3. нефизиологическим
4. анатомо-физиологичным

2340. Опорами мостовидного протеза могут быть:

1. коронки, полукоронки, вкладки
2. штифтовые зубы, вкладки, опорно-удерживающие кламмеры
3. опорно-удерживающие кламмеры, телескопические коронки
4. телескопические коронки, опорно-удерживающие кламмеры, аттачмены

2341. Опорными частями мостовидного протеза могут быть:

1. коронки
2. кламмеры
3. телескопические коронки
4. денто-альвеолярные кламмеры

2342. Бюгельный протез передает жевательное давление на:

1. слизистую оболочку протезного ложа и естественные зубы
2. естественные зубы
3. височно-нижнечелюстной сустав
4. слизистую оболочку полости рта, мышцы

2343. Оптимальное расположение кламмерной линии на верхней челюсти:

1. диагональное
2. сагиттальное
3. поперечное
4. вестибуло-оральное

2344. Оптимальное расположение кламмерной линии на нижней челюсти:

1. поперечное
2. диагональное
3. сагиттальное
4. вестибуло-оральное

2345. Фаза раздражения по В. Ю. Курляндскому при адаптации к съемному пластиночному протезу длится в среднем (в часах):

1. 24
2. 12
3. 48
4. 72

2346. Показанием к изготовлению съемного пластиночного протеза может являться дефект зубного ряда протяженностью (по количеству отсутствующих зубов):

1. от 1 до 16 зубов
2. от 3 до 5 зубов
3. от 5 до 10 зубов
4. от 6 до 14 зубов

2347. Чаще всего метод временного шинирования используют в:

1. развивающейся стадии пародонтита при подвижности зубов II - III степени
2. начальной стадии пародонтита
3. начальной стадии пародонтоза
4. начальной стадии пародонтита и пародонтоза

2348. Стабилизация (метод лечения) очагового пародонтита с распространением на всю переднюю группу зубов:

1. фронтальная
2. сагиттальная
3. парасагиттальная
4. фронтосагиттальная

2349. Стабилизация (метод лечения) очагового пародонтита с односторонним распространением на жевательную группу зубов:

1. сагиттальная
2. фронтосагиттальная
3. фронтальная
4. парасагиттальная

2350. Стабилизация (метод лечения) очагового пародонтита с двусторонним распространением на жевательные группы зубов:

1. парасагиттальная
2. фронтальная
3. сагиттальная
4. фронтосагиттальная

2351. Стабилизация (метод лечения) генерализованного пародонтита:

1. по дуге
2. фронтальная
3. сагиттальная
4. парасагиттальная

2352. Для ортодонтического этапа лечения больных с локализованной формой патологической стираемости зубов применяется:

1. пластинка с накусочной площадкой
2. пластинка с наклонной плоскостью
3. пластмассовая капа
4. пластинка с вестибулярной дугой

2353. При изготовлении мостовидного протеза депульпирование зуба или группы зубов проводится:

1. при значительной конвергенции зубов
2. при отсутствии конвергенции
3. по желанию пациента
4. у пожилых пациентов

2354. Назовите условие, при котором не определяют центральную окклюзию:

1. наличие зубов антагонистов в 3-х функционально-ориентированных группах зубов
2. наличие зубов антагонистов в 2-х функционально-ориентированных группах зубов
3. наличие зубов антагонистов в одной функционально-ориентированной группе зубов
4. патологическая генерализованная горизонтальная стертость, со снижением высоты нижнего отдела лица

2355. Конструкцию для определения центральной окклюзии изготавливают из воска:

1. базисного
2. моделировочного
3. липкого
4. бюгельного

2356. Требования, предъявляемые к металлокерамическому мостовидному протезу:

1. восстановление анатомической формы зубов и целостности зубных рядов, соответствие цвета керамической облицовки и цвета естественных зубов
2. погружение коронок опорных зубов на 3-4 мм под десну
3. плотный контакт промежуточной части мостовидного протеза и слизистой оболочки
4. исправления аномалий развития зубочелюстной системы

2357. Противопоказанием к применению консольных протезов является одиночный дефект в группе:

1. резцов нижней челюсти
2. резцов верхней челюсти
3. премоляров верхней челюсти
4. премоляров нижней челюсти

2358. На этап определения центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей при изготовлении консольного мостовидного протеза из лаборатории врач получает:

1. гипсовые модели и восковые базисы с окклюзионными валиками
2. гипсовые модели, загипсованные в артикулятор
3. металлический каркас консольного протеза
4. консольный протез с облицовкой

2359. Противопоказания к изготовлению консольного мостовидного протеза:

1. большая протяженность дефекта зубного ряда
2. прогенический прикус
3. перекрестный прикус
4. прямой прикус

2360. К лабораторным этапам изготовления съемного пластиночного протеза при частичном отсутствии зубов относятся:

1. постановка искусственных зубов, замена воска на пластмассу
2. коррекция протеза
3. снятие оттисков
4. проверка конструкции протеза

2361. Клинические этапы изготовления съемного пластиночного протеза при частичном отсутствии зубов:

1. проверка конструкции протеза, коррекция протеза
2. замена воска на пластмассу, полировка
3. определение центральной окклюзии, постановка искусственных зубов
4. снятие оттисков, постановка искусственных зубов

2362. После проведения клинического этапа проверки конструкции съемного пластиночного протеза следует лабораторный этап:

1. замена воска на пластмассу
2. постановка искусственных зубов
3. изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками
4. определение центральной окклюзии

2363. После проведения клинического этапа определения центральной окклюзии следует лабораторный этап:

1. постановка искусственных зубов
2. замена воска на пластмассу
3. отделка протеза
4. изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками

2364. После лабораторного этапа расстановки искусственных зубов следует клинический этап:

1. проверка конструкции протеза
2. коррекция протеза
3. определение центральной окклюзии
4. получение оттисков

2365. Отросток удерживающего кламмера должен располагаться:

1. по центру альвеолярного гребня в базисе под искусственными зубами
2. между экватором и окклюзионной поверхностью
3. на вестибулярной поверхности зуба
4. между экватором и десной

2366. Удерживающий кламмер состоит из:

1. плеча, тела, отростка
2. отростка, окклюзионной накладки
3. окклюзионной накладки, ответвления
4. ответвления, тела, окклюзионной накладки

2367. Часть гнутого проволочного кламмера, находящийся в контакте с естественным зубом, называется:

1. плечо
2. тело
3. отросток
4. окклюзионная накладка

2368. Часть гнутого проволочного кламмера, находящаяся в базисе протеза:

1. отросток
2. плечо
3. тело
4. дуга

2369. Частичный съёмный пластиночный протез удерживается на челюсти с помощью:

1. кламмеров
2. пластмассовых зубов
3. базиса
4. фарфоровых зубов

2370. С помощью крапмонов, в базисе протеза удерживаются искусственные зубы:

1. фарфоровые
2. пластмассовые
3. литые
4. композитные

2371. Протезным ложем для базиса протеза на в/ч являются:

1. слизистая оболочка альвеолярного отростка, твердого неба, частично небная поверхность сохранившихся зубов

2. слизистая оболочка альвеолярного отростка
3. слизистая оболочка альвеолярного отростка и мягкого неба
4. слизистая оболочка альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба

2372. Наружный край базиса съёмного пластиночного протеза на верхней челюсти проходит:

1. по переходной складке с вестибулярной стороны, обходя уздечку и тяжи, перекрывая альвеолярные бугры
2. с небной стороны перекрывая боковые зубы на  $2/3$
3. с небной стороны перекрывая передние зубы на  $1/3$
4. альвеолярные бугры верхней челюсти

2373. Границы базиса съёмного пластиночного протеза при ортогнатическом прикусе в переднем отделе верхней челюсти перекрывают естественные зубы с небной стороны на:

1.  $1/3$
2.  $1/2$
3.  $2/3$
4.  $3/4$

2374. Граница базиса съёмного пластиночного протеза на нижней челюсти проходит по отношению к естественным зубам:

1. перекрывая коронки зубов на  $2/3$
2. не касаясь зубов
3. по середине коронки зубов
4. перекрывая коронки зубов на  $1/3$

2375. Граница базиса съёмного пластиночного протеза на верхней челюсти с небной стороны проходит в области естественных боковых зубов:

1. перекрывая коронковую часть зубов на  $2/3$
2. не касаясь зубов
3. в пришеечной области зубов
4. перекрывая коронковую часть зубов на  $1/3$

2376. Параллелометр – аппарат для определения:

1. пути введения и выведения протеза, линии обзора, наклона модели
2. податливости слизистой оболочки
3. подвижности слизистой оболочки
4. болевой чувствительности

2377. Дистальная граница базиса съёмного пластиночного протеза на верхней челюсти зависит от:

1. класса дефекта зубного ряда на верхней челюсти по Кеннеди
2. количества контактных пунктов между зубами-антагонистами
3. величины дефекта зубного ряда на нижней челюсти
4. класса дефекта зубного ряда на нижней челюсти по Кеннеди

2378. Оттискная ложка для рабочего оттиска при изготовлении съёмного пластиночного протеза выбрана неправильно, если:

1. при концевых дефектах ложка не закрывает альвеолярные бугры верхней челюсти
2. края ложки при наложении на зубы доходят до переходной складки
3. при концевых дефектах ложка закрывает альвеолярные бугры верхней челюсти
4. борта ложки отстоят от зубов на 2-5 мм

2379. Сроки получения рабочих оттисков при позднем (отсроченном) протезировании:

1. через 4 и более недель после удаления зубов

2. через 1-5 дней после удаления зубов
3. до удаления зубов
4. в день удаления зубов, сразу после операции

2380. Сроки получения рабочих оттисков при раннем протезировании:

1. через 1-3 дня после удаления зубов
2. через 4 и более недель после удаления зубов
3. до удаления зубов
4. в день удаления зубов, после операции

2381. Сроки получения рабочих оттисков при непосредственном протезировании:

1. до удаления зубов
2. через 1-5 дней после удаления зубов
3. через 4 и более недель после удаления зубов
4. в день удаления зубов

2382. Большая устойчивость съёмного протеза на верхней челюсти обеспечивается расположением кламмерной линии:

1. диагонально
2. трансверзально
3. сагиттально
4. парасагиттально

2383. При фиксации центрального соотношения челюстей или центральной окклюзии на окклюзионные валики восковых базисов наносят:

1. размягченный воск и насечки
2. гипс
3. копировальную бумагу
4. альгинатную массу

2384. Кламмерная фиксация съёмного протеза это – разновидность:

1. механической фиксации
2. анатомической ретенции
3. биологической фиксации
4. биофизической фиксации

2385. Механическая фиксация съёмного протеза обеспечивается:

1. телескопическими коронками
2. когезией
3. анатомической ретенцией
4. адгезией

2386. К анатомической ретенции относятся:

1. выраженность альвеолярных бугорков, свода неба, высота альвеолярного отростка
2. когезия
3. адгезия
4. телескопическая фиксация

2387. По функции кламмера делятся на:

1. удерживающие, опорно-удерживающие
2. круглые, полукруглые
3. гнутые, литые
4. зубо-десневые, надесневые, назубные

2388. По степени охвата зуба кламмера делятся на:

1. одноплечие, двухплечие
2. гнутые, литые
3. удерживающие, опорно-удерживающие
4. круглые, полукруглые

2389. По расположению кламмера делятся на:

1. зубо-десневые, надесневые, назубные
2. гнутые, литые
3. круглые, полукруглые
4. удерживающие, опорно-удерживающие

2390. По методу изготовления кламмера делятся на:

1. гнутые, литые, полимеризованные, комбинированные
2. круглые, полукруглые
3. назубные, надесневые, зубо-десневые
4. удерживающие, опорно-удерживающие

2391. По профилю сечения кламмера делятся на:

1. круглые, полукруглые, ленточные
2. гнутые, литые
3. назубные, надесневые
4. удерживающие, опорно-удерживающие

2392. Диаметр удерживающего кламмера съёмного протеза составляет (мм):

1. от 0,8 - 1,2
2. от 0,1 - 0,5
3. от 1,4 - 1,9
4. от 2 - 2,5

2393. Плечо удерживающего кламмера съёмного протеза равномерно касается зуба и располагается:

1. между экватором и пришеечной частью зуба
2. на окклюзионной поверхности зуба
3. между окклюзионной поверхностью зуба и экватором
4. на экваторе

2394. Диагональное расположение кламмерной линии благоприятно для фиксации съёмного протеза:

1. на верхней челюсти
2. на нижней челюсти
3. на верхней и нижней челюстях
4. при 1 классе дефекта зубного ряда (по Кеннеди)

2395. Трансверзальное расположение кламмерной линии благоприятно для фиксации съёмного протеза:

1. на нижней челюсти
2. на верхней челюсти
3. на верхней и нижней челюстях
4. при 1 классе дефекта зубного ряда (по Кеннеди) на верхней челюсти

2396. Сагиттальное расположение кламмерной линии неблагоприятно для фиксации съёмного протеза:

1. на верхней и нижней челюстях
2. только на верхней челюсти
3. только на нижней челюсти
4. при болтающемся гребне на верхней челюсти

2397. Точечная фиксация съёмного пластиночного протеза имеется при наличии кламмеров в количестве:

1. одном
2. двух
3. трех
4. четырех

2398. Линейная фиксация съёмного пластиночного протеза имеется при наличии кламмеров в количестве:

1. двух
2. одного
3. трех
4. четырех

2399. Фиксация съёмного пластиночного протеза считается плоскостной при наличии:

1. трех и более кламмеров
2. двух кламмеров
3. одного кламмера
4. бескламмерной фиксации

2400. Кламмерная линия это – воображаемая линия, проходящая:

1. между зубами, на которых расположены кламмера протеза
2. по средней линии лица
3. между резцовой точкой и вершиной дистального щечного бугра 7 зуба на нижней челюсти
4. по альвеолярной части нижней челюсти и альвеолярного отростка верхней челюсти

2401. Сдвоенный кламмер аккера, называется:

1. бонвиля
2. роуча
3. круговой
4. обратного действия

2402. Изготовление удерживающих кламмеров съёмного пластиночного протеза проводится зубным техником на этапе:

1. моделирования воскового базиса и постановки искусственных зубов
2. отливки гипсовых моделей
3. замены воска на пластмассу
4. шлифовки и полировки

2403. Замковое крепление съёмного протеза, это – разновидность:

1. механической фиксации
2. анатомической ретенции
3. биофизическая фиксация
4. биомеханической фиксации

2404. Балочная фиксация съёмного протеза, это – разновидность:

1. механической фиксации
2. анатомической ретенции

3. биофизической фиксации
4. биомеханическая фиксация

2405. Применение замковых креплений для фиксации съёмного протеза даёт возможность:

1. повысить эстетику
2. уменьшить рвотный рефлекс
3. улучшить дикцию
4. улучшить гигиену полости рта

2406. Для более благоприятного распределения давления на опорный зуб при концевом дефекте зубного ряда, окклюзионная накладка располагается на жевательной поверхности со стороны:

1. медиальной
2. вестибулярной
3. оральной
4. дистальной

2407. Плечи литого кламмера аккера в бюгельном протезе выполняют функцию:

1. удерживающую, опорную и стабилизирующую
2. опорную
3. направляющую
4. удерживающую

2408. Припасовка и наложение пластиночного протеза может быть затруднена из-за:

1. плотного прилегания базисной пластмассы к шейкам естественных зубов
2. нарушения режима полимеризации
3. ошибки при постановке зубов
4. ошибок при подготовке пластмассы

2409. Изоляция торуса при изготовлении съёмного пластиночного протеза проводится с помощью пластинки из:

1. свинца
2. меди
3. олова
4. платины

2410. Изоляция экзостозов при изготовлении съёмного пластиночного протеза проводится с помощью:

1. свинцовой пластины
2. пластмассы
3. гипса
4. воска

2411. Изоляция торуса при изготовлении съёмного пластиночного протеза проводится зубным техником на этапе:

1. моделирования воскового базиса, постановки искусственных зубов
2. отливки гипсовых моделей
3. изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками
4. отделки, шлифовки и полировки

2412. Изоляция костных выступов при изготовлении съёмного пластиночного протеза проводится зубным техником на этапе:

1. изготовления кламмеров, моделирования воскового базиса, постановки искусственных зубов
2. изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками

3. отливки гипсовых моделей
4. отделки, шлифовки и полировки

2413. При изготовлении пластиночных протезов с постановкой передней группы зубов на приточке, а боковых – на искусственной десне, используется метод гипсовки в кювету:

1. комбинированный
2. избирательный
3. косвенный
4. обратный

2414. При замене кламмера пластиночного протеза используется метод гипсовки в кювету:

1. обратный
2. прямой
3. косвенный
4. комбинированный

2415. При починке перелома базиса пластиночного протеза используется метод гипсовки в кювету:

1. прямой
2. обратный
3. косвенный
4. индивидуальный

2416. Модель с бюгельным протезом при замене воска на базисную пластмассу гипсуют в кювету методом:

1. обратным
2. прямым
3. косвенным
4. комбинированным

2417. Излишки пластмассы в области прилегания к естественным зубам при припасовке протеза можно обнаружить при помощи:

1. копировальной бумаги
2. воска
3. химического карандаша
4. изокола

2418. Обучение пациентов пользованию бюгельными протезами осуществляется после:

1. припасовки и наложения бюгельного протеза
2. припасовки каркаса бюгельного протеза
3. консультации и выбора конструкции протеза
4. проверки конструкции протеза

2419. Коррекцию бюгельного протеза начинают с:

1. выявления жалоб пациента и осмотра слизистой оболочки полости рта
2. выявления окклюзионных взаимоотношений артикуляционной бумагой
3. осмотра слизистой оболочки
4. выявления причин травмы

2420. Металлокерамические мостовидные протезы в сравнении с металлопластмассовыми обладают свойствами:

1. ниже стираемость, выше цветостойкость
2. выше стираемость, выше цветостойкость
3. выше стираемость, ниже цветостойкость

4. ниже стираемость, ниже цветостойкость

2421. Металлокерамические мостовидные протезы по сравнению с паянными мостовидными протезами с пластмассовой облицовкой обладают свойствами:

1. выше эстетика, выше прочность
2. выше эстетика, ниже прочность
3. ниже эстетика, ниже прочность
4. ниже эстетика, но выше прочность

2422. Причинами гингивита в области искусственных коронок на опорных зубах в мостовидном протезе могут быть:

1. отсутствие экватора
2. хорошо выраженный экватор
3. плотный охват в области шейки зуба
4. наличие контактного пункта

2423. Возможные осложнения при пользовании металлоакриловыми литыми мостовидными протезами:

1. быстрое истирание облицовки протеза
2. повышенное истирание зубов-антагонистов
3. появление подвижности зубов-антагонистов
4. неприятный запах изо рта

2424. Причинами скола керамического покрытия с цельнолитых металлокерамических протезов в полости рта являются:

1. невыверенные окклюзионные контакты
2. выраженная конусность культи зуба
3. неудовлетворительная гигиена полости рта
4. обширные пломбы на зубах - антагонистах

2425. Возможные осложнения при пользовании металлокерамическими мостовидными протезами - это:

1. повышенное истирание зубов-антагонистов
2. быстрое истирание облицовки
3. возникновение микроотоков в полости рта
4. изменение цвета облицовки

2426. К возможным недостаткам мостовидного протеза из нержавеющей стали относятся:

1. привкус металла в полости рта
2. быстрое стирание зубов-антагонистов
3. низкая жевательная эффективность
4. появление подвижности зубов-антагонистов

2427. Причиной скола керамической облицовки металлокерамического мостовидного протеза в полости рта может быть:

1. ошибки при обжиге и охлаждении керамической облицовки
2. выраженная конусность культи зуба
3. неудовлетворительная гигиена полости рта
4. наличие искусственных коронок на зубах-антагонистах

2428. К осложнению при пользовании мостовидными протезами относится:

1. прикусывание слизистой оболочки щеки в области боковых зубов
2. увеличение болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа

3. повышение устойчивости пародонта зубов к вертикальной нагрузке
4. появление клиновидного дефекта у рядом стоящих зубов

2429. К осложнению при пользовании мостовидными протезами относится:

1. травма слизистой оболочки в области тела мостовидного протеза
2. уменьшение болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа
3. повышение устойчивости пародонта зубов к вертикальной нагрузке
4. конвергенция рядом стоящих зубов

2430. Причиной расцементирования металлокерамических мостовидных протезов могут быть:

1. чрезмерная конусность культей зубов
2. некачественное литье
3. чрезмерное количество обжигов
4. наличие съемного протеза в полости рта

2431. Осложнением при пользовании несъемными мостовидными протезами считают:

1. развитие травматического гингивита вследствие не выверенных окклюзионных соотношений
2. увеличение болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа
3. повышение устойчивости пародонта зубов к вертикальной нагрузке
4. появление рвотного рефлекса

2432. Бюгельный протез вне полости рта пациент должен хранить в:

1. кипяченой воде комнатной температуры
2. спиртовом растворе
3. сухом виде
4. растворе марганцовки

2433. Схема, отображающая состояние опорно-удерживающего аппарата зубов верхней и нижней челюстей, называется:

1. одонтопародонтограмма
2. гнатодинамометрия
3. реопародонтограмма
4. мастиокациография

2434. Коэффициент выносливости пародонта 1.1 зуба по одонтопародонтограмме В.Ю. Курляндского в норме:

1. 1,25
2. 1,0
3. 1,5
4. 2,0

2435. Коэффициент выносливости пародонта 3.3 зуба по одонтопародонтограмме В. Ю. Курляндского в норме:

1. 1,5
2. 1,0
3. 1,25
4. 2,0

2436. Коэффициент выносливости пародонта 2.7 зуба по одонтопародонтограмме В. Ю. Курляндского в норме:

1. 3,0
2. 1,0
3. 1,25

4. 1,5

2437. Коэффициент выносливости пародонта 1.5 зуба по одонтопародонтограмме В. Ю. Курляндского в норме:

1. 1,75
2. 1,0
3. 1,25
4. 1,5

2438. Коэффициент выносливости пародонта 4.8 зуба по одонтопародонтограмме В. Ю. Курляндского в норме:

1. 2,0
2. 1,0
3. 1,25
4. 1,5

2439. Коэффициент выносливости пародонта 3.2 зуба по одонтопародонтограмме В. Ю. Курляндского в норме:

1. 1,0
2. 1,25
3. 1,5
4. 2,0

2440. Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и оральная поверхности зубов, называется:

1. вертикальной
2. горизонтальной и вертикальной
3. горизонтальной
4. смешанной

2441. Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижнего отдела лица, называется:

1. компенсированной
2. декомпенсированной
3. горизонтальной
4. вертикальной

2442. К первому классу дефектов зубных рядов, по классификации Кеннеди относится:

1. двусторонний концевой дефект
2. односторонний концевой дефект
3. включенный дефект в боковом отделе
4. включенный дефект в переднем отделе

2443. Зубные ряды с односторонними концевыми дефектами, по классификации Кеннеди, относятся к классу:

1. второму
2. первому
3. третьему
4. четвертому

2444. К малым дефектам зубных рядов относят:

1. отсутствие не более 3 зубов
2. отсутствие от 4 до 6 зубов

3. отсутствие более 6 зубов
4. отсутствие более 8 зубов

2445. К средним дефектам зубных рядов относят:

1. отсутствие от 4 до 6 зубов
2. отсутствие не более 3 зубов
3. отсутствие более 6 зубов
4. отсутствие более 8 зубов

2446. К большим дефектам зубных рядов относят:

1. отсутствие более 6 зубов
2. отсутствие не более 3 зубов
3. отсутствие от 4 до 6 зубов
4. отсутствие от 1 до 2 зубов

2447. Дефекты зубных рядов по классификации Кеннеди делятся на классы:

1. четыре
2. три
3. два
4. пять

2448. Согласно классификации дефектов зубных рядов по Е.И. Гаврилову все зубные ряды с дефектами делятся на группы:

1. четыре
2. три
3. две
4. пять

2449. По классификации дефектов зубных рядов Кеннеди к первому классу относятся:

1. зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами
2. зубные ряды с односторонними концевыми дефектами
3. зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе
4. включенные дефекты переднего отдела зубной дуги

2450. По классификации дефектов зубных рядов Кеннеди ко второму классу относятся:

1. зубные ряды с односторонними концевыми дефектами
2. зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами
3. зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе
4. включенные дефекты переднего отдела зубной дуги

2451. По классификации дефектов зубных рядов Кеннеди к третьему классу относятся:

1. зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе
2. зубные ряды с односторонними концевыми дефектами
3. зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами
4. включенные дефекты переднего отдела зубной дуги

2452. По классификации дефектов зубных рядов Кеннеди к четвертому классу относятся:

1. включенные дефекты переднего отдела зубной дуги
2. зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами
3. зубные ряды с односторонними концевыми дефектами
4. зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе

2453. Согласно классификации дефектов зубных рядов Е.И. Гаврилова, к первой группе относятся:

1. концевые односторонние и двусторонние дефекты
2. комбинированные дефекты
3. включенные боковые (односторонние и двусторонние) и передние дефекты
4. дефекты коронок всех зубов

2454. Согласно классификации дефектов зубных рядов Гаврилова Е.И. к третьей группе относятся:

1. комбинированные дефекты
2. концевые односторонние и двусторонние дефекты
3. включенные боковые (односторонние и двусторонние) и передние дефекты
4. одиночно сохранившиеся зубы на одной челюсти

2455. Согласно классификации дефектов зубных рядов Гаврилова Е.И. ко второй группе дефектов зубных рядов относятся:

1. включенные боковые (односторонние и двусторонние) и передние дефекты
2. концевые односторонние и двусторонние дефекты
3. комбинированные дефекты
4. одиночно сохранившиеся зубы на челюстях

2456. В состоянии относительного физиологического покоя зубные ряды в норме:

1. разобщены на 2-4 мм
2. сомкнуты
3. разобщены на 0,5-1 мм
4. разобщены на 5-7 мм

2457. Наиболее объективным методом определения высоты нижнего отдела лица является:

1. анатомо-физиологический
2. анатомический
3. антропометрический
4. гнатологический

2458. Центральная окклюзия определяется признаками:

1. зубным, суставным, мышечным
2. язычным, мышечным, глотательным
3. лицевым, глотательным, зубным
4. лицевым, суставным, мышечным

2459. Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели:

1. с восковыми базами и окклюзионными валиками
2. фиксированные в окклюдаторе
3. с окклюзионными валиками, фиксированные в окклюдаторе
4. с восковыми базами, фиксированные в артикуляторе

2460. Для предотвращения деформации воскового базиса с окклюзионными валиками его укрепляют:

1. металлической проволокой
2. быстродействующей пластмассой
3. гипсовым блоком
4. увеличением толщины базиса

2461. Восковую конструкцию для определения центральной окклюзии изготавливают из воска:

1. базисного
2. липкого
3. моделировочного

#### 4. бюгельного

2462. Эстезиометр – аппарат для определения:

1. болевой чувствительности слизистой оболочки
2. податливости слизистой оболочки
3. подвижности слизистой оболочки
4. глубина десневого кармана

2463. Второй тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками:

1. средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины нёбо
2. полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшены размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское нёбо
3. альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофична в боковом отделе
4. высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо

2464. Третий тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера характеризуется признаками:

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

2465. Классификация Суппли предложена для:

1. типов слизистой оболочки
2. функциональных оттисков
3. слепочных материалов
4. форм скатов альвеолярных гребней

2466. Полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и верхнечелюстного бугра, плоское нёбо, широкий торус – характерные признаки:

1. второго типа по Шредеру
2. пятого типа по Дойникову
3. третьего типа по Шредеру
4. четвертого типа по Курляндскому

2467. При осмотре слизистой оболочки протезного ложа очаговая гиперемия свидетельствует о генезе:

1. механическом
2. аллергическом
3. токсическом
4. соматическом

2468. Наиболее благоприятной формой вестибулярного ската альвеолярного отростка на верхней челюсти является:

1. отвесная
2. отлогая
3. грибовидная
4. умеренно выраженная

2469. Среднее значение между высотой нижнего отдела лица в центральной окклюзии и в положении относительно физиологического покоя при ортогнатическом прикусе:

1. 2-4 мм
2. 5-6 мм

3. 1 мм
4. 10 мм

2470. Второй тип по классификации Келлера характеризуется:

1. резкой равномерной атрофией всей альвеолярной части, подвижной слизистой оболочкой, расположенной почти на уровне гребня верхней челюсти
2. хорошо выраженной альвеолярной частью во фронтальном участке и резкой атрофией в области жевательных зубов
3. резко выраженной альвеолярной частью во фронтальном участке и хорошо выраженной в области жевательных зубов
4. резкой равномерной атрофией всей альвеолярной части нижней челюсти, подвижной слизистой оболочкой, расположенной почти на уровне гребня

2471. Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов:

1. смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
2. атрофия суставного бугорка
3. уплощение суставной ямки
4. истончение внутрисуставного диска

2472. Топография слизистой оболочки периферической фиброзной зоны податливости по Люнду:

1. альвеолярный отросток
2. срединная часть твердого нёба
3. дистальная треть твердого нёба
4. переходная складка

2473. Для припасовки цельнолитой коронки в клинике врач получает из лаборатории коронку на:

1. разборной гипсовой модели
2. гипсовой модели
3. гипсовом столбике
4. металлическом штампе

2474. Микропротез, восстанавливающий анатомическую форму зуба и расположенный только в фиссурах окклюзионной поверхности (без перекрытия бугров):

1. inlay
2. pinlay
3. onlay
4. overlay

2475. Перед фиксацией керамической вкладки полость зуба обрабатывают фосфорной кислотой в течение:

1. 15 секунд
2. 5 секунд
3. 40 секунд
4. 50 секунд

2476. При изготовлении штампованной коронки моделировка воском производится на:

1. гипсовой модели
2. гипсовом штампе
3. разборной модели
4. огнеупорной модели

2477. Для постоянной фиксации цельнометаллической коронки применяют:

1. цементы

2. репин
3. масляный дентин
4. акриловые пластмассы

2478. При изготовлении металлокерамической коронки керамическую массу наносят на:

1. литой колпачок
2. штампованный колпачок
3. платиновый колпачок
4. штампик из огнеупорного материала

2479. При препарировании зуба для изготовления штампованной коронки с боковых поверхностей сошлифовывают:

1. соответственно периметру шейки зуба
2. на толщину материала коронки
3. только в области экватора
4. контактный пункт

2480. Эффект широкой литой коронки возникает при:

1. нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака
2. получении оттиска без проведения ретракции десны
3. уточнении пришеечной области воском при моделировании каркаса
4. препарировании зуба без создания уступа

2481. Разборная гипсовая модель отливается при изготовлении:

1. цельнолитой коронки
2. штампованной коронки
3. бюгельного протеза
4. пластиночного протеза

2482. Первый клинический этап при изготовлении металлокерамической коронки:

1. препарирование зуба
2. определение цвета керамической облицовки
3. определение центральной окклюзии
4. изготовление временной пластмассовой коронки

2483. Моделирование культевой вкладки в полости рта проводят воском:

1. лавакс
2. базисным
3. моделировочным для мостовидных протезов
4. липким

2484. Препарирование зуба под коронку проводят:

1. алмазными борами
2. твердосплавными борами
3. карборундовыми фрезами
4. металлическими фрезами

2485. Количество удаляемых твердых тканей зуба по окклюзионной поверхности под искусственную коронку зависит от:

1. конструкции коронки
2. фиксирующего материала
3. возраста пациента
4. анатомической формы зуба

2486. Первым клиническим этапом изготовления штампованной коронки является:

1. одонтопрепарирование
2. фиксация коронок
3. припасовка коронок
4. изготовление модели

2487. При препарировании зубов под штампованные коронки культи зуба создается:

1. в форме цилиндра
2. в виде обратного конуса
3. в виде куба
4. с сохраненным экватором зуба

2488. При изготовлении штампованной коронки твердые ткани зуба по окклюзионной поверхности сошлифовывают на (мм):

1. 0,22-0,28
2. 1,0-2,0
3. 0,30-0,5
4. 0,10-0,15

2489. Моделирование вкладки прямым методом проводится:

1. в полости рта
2. на модели в окклюдаторе
3. на компьютере
4. на модели в артикуляторе

2490. Последний клинический этап при изготовлении цельнолитой коронки:

1. фиксация
2. проверка плотности прилегания внутренней поверхности коронки к культе зуба
3. коррекция окклюзионных контактов коронки с зубами-антагонистами
4. коррекция контактных пунктов

2491. Моделирование вкладки непрямым методом проводится:

1. на разборной гипсовой модели
2. на оттиске
3. на бумаге
4. в полости рта

2492. Задний край протеза верхней челюсти при полной адентии:

1. должен перекрывать линию а на 1-2 мм
2. не должен доходить до линии а на 5 мм
3. должен заканчиваться на линии а
4. должен перекрывать линию а на 3-4 мм

2493. По классификации Оксмана значительная равномерная атрофия альвеолярного гребня беззубой челюсти относится к типу:

1. третьему
2. первому
3. второму
4. четвертому

2494. К биофизическим методам фиксации полных съемных протезов относится:

1. создание краевого замыкающего клапана

2. крепление с помощью пружин Фошара
3. присасывающие камеры
4. утяжеление нижних протезов

2495. Наиболее податливой считается зона слизистой оболочки полости рта:

1. задняя треть твердого неба
2. альвеолярный отросток
3. область поперечных складок
4. область сагиттального шва

2496. Срок пользования пластиночными протезами составляет:

1. 3-4 года
2. 10 лет
3. не более 2-х лет
4. не менее 5 лет

2497. Функциональный оттиск должен отвечать следующим требованиям:

1. отображать границы и рельеф функциональной периферии для создания кругового замкнутого клапана
2. определять центральное соотношение челюстей
3. соответствовать высоте физиологического покоя
4. соответствовать правильному оформлению границы протеза

2498. Ориентиром для расстановки центральных резцов в/ч, является:

1. центр лица
2. уздечка языка
3. уздечка верхней губы
4. уздечка нижней губы

2499. Оклюзионную поверхность воскового валика во фронтальном участке при определении центрального соотношения челюстей формируют параллельно линии:

1. зрачковой
2. носовой
3. ушной
4. зубной

2500. Оклюзионную поверхность воскового валика в боковом участке при определении центрального соотношения челюстей формируют параллельно:

1. носо-ушной линии
2. линии смыкания губ
3. линии волосистой части головы
4. линии нижних зубов

2501. Линия улыбки, при отсутствии фронтальных зубов в/ч, проводится по восковому валику на уровне:

1. красной каймы верхней губы при улыбке
2. середины альвеолярного отростка верхней челюсти
3. красной каймы нижней губы при улыбке
4. по линии смыкания губ

2502. Линия эстетического центра соответствует:

1. линии между центральными резцами
2. носо-ушной линии

3. строго середине кончика носа
4. уздечке верхней губы

2503. Линия клыков на восковом базисе с окклюзионными валиками проводится в виде перпендикуляра, опущенного от:

1. наружного края крыла носа
2. зрачка глаза
3. наружного угла глаза
4. внутреннего угла глаза

2504. Расстояние между линией улыбки и краем окклюзионного валика определяет:

1. высоту центральных резцов верхней челюсти
2. ширину центральных резцов верхней челюсти
3. положение верхней губы
4. высоту нижнего отдела лица

2505. Окклюзионный валик воскового базиса должен быть в мм:

1. шире естественных зубов на 1-2
2. равный ширине естественных зубов
3. шире естественных зубов на 5-6
4. уже естественных зубов

2506. Высота окклюзионного валика воскового базиса, по отношению к окклюзионной поверхности сохранившихся зубов:

1. быть выше уровня на 1-2 мм
2. находиться на уровне
3. быть ниже уровня на 1-2 мм
4. быть ниже уровня на 3-4 мм

2507. Восковые базисы с окклюзионными валиками применяются при ортопедическом лечении для проведения этапа:

1. определения центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей
2. постановки зубов
3. проверки конструкции протеза
4. припасовки и наложения протеза

2508. Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели:

1. с восковыми базисами и окклюзионными валиками
2. зафиксированные в артикуляторе
3. зафиксированные в окклюдаторе
4. с восковыми базисами и искусственными зубами

2509. Восковой базис с окклюзионными валиками, перед фиксацией центрального соотношения челюстей, должен:

1. плотно прилегать к протезному ложу, соответствовать границам базиса протеза, с учетом высоты и ширины зубов
2. плотно прилегать к протезному ложу, с расположением окклюзионного валика ниже естественных зубов
3. соответствовать границам базиса протеза, с расположением окклюзионного валика на уровне естественных зубов
4. иметь окклюзионный валик ниже и уже естественных зубов

2510. Центральную окклюзию при смыкании зубов в двух функционально ориентированных группах, определяют с помощью:

1. восковых базисов с окклюзионными валиками
2. периодонтометра
3. окклюзиометра
4. лицевой дуги

2511. При отсутствии зубов антогонистов определяют:

1. центральное соотношение челюстей
2. центральную окклюзию
3. переднюю окклюзию
4. боковую окклюзию правую

2512. Ориентиром расположения пришеечной части фронтальной группы искусственных зубов в съемном пластиночном протезе является:

1. линия улыбки
2. перегородка носа
3. уздечка верхней губы
4. фильтр верхней губы

2513. Укажите клинический ориентир для подбора фронтальных искусственных зубов по ширине в съемном пластиночном протезе:

1. центральная линия и линия, проходящая через наружный край крыла носа
2. углы рта
3. уздечка верхней губы
4. линия улыбки

2514. Показанием к постановке искусственных зубов на приточке в съемном пластиночном протезе является:

1. короткая верхняя губа
2. чрезмерная выраженность альвеолярной части нижней челюсти
3. чрезмерная выраженность турса
4. выраженная уздечка нижней губы

2515. При постановке зубов в артикуляторе выверяются окклюзии:

1. центральная, передние, боковые
2. только передние, центральная
3. только боковые левые, боковые правые
4. только центральная

2516. При постановке зубов в окклюдаторе выверяются окклюзии:

1. центральная
2. боковые правые
3. передние, центральная
4. боковые левые

2517. При постановке в съемных протезах не используются зубы:

1. металлические
2. пластмассовые
3. фарфоровые
4. диаторические

2518. При постановке искусственных зубов в съёмном пластиночном протезе смещение боковых зубов от центра альвеолярного отростка верхней челюсти и/или альвеолярной части нижней челюсти приводит к:

1. ухудшению фиксации протеза
2. нарушению дикции
3. ощущению инородного тела
4. повышенному рвотному рефлексу

2519. При внеротовом этапе проверки конструкции пластиночных протезов нельзя определить правильность (или точность выполнения):

1. соответствия цвета зубов
2. границ протезов
3. постановки искусственных зубов
4. положения кламмеров

2520. Постановка искусственных боковых зубов в прямом контакте щечных бугорков верхней и нижней челюстей может привести к:

1. прикусыванию щек
2. повышенному рвотному рефлексу
3. ощущению инородного тела
4. нарушению дикции

2521. Отсутствие изоляции турса может привести к:

1. балансу протеза
2. прикусыванию щек
3. чрезмерному выделению слюны
4. нарушению эстетики

2522. Отсутствие изоляции экзостозов может привести к:

1. травматическому повреждению слизистой оболочки
2. прикусыванию щек
3. нарушению эстетики
4. нарушению дикции

2523. Удлинение границы базиса протеза по линии А может привести:

1. рвотному рефлексу и ощущению инородного тела
2. нарушению эстетики
3. прикусыванию щек
4. нарушению дикции

2524. Съёмный пластиночный протез нуждается в припасовке в полости рта из-за наличия:

1. поднутрений у естественных зубов и их наклона
2. нарушения технологии
3. врачебных ошибок
4. некачественной полировки протеза

2525. Для отображения на базисе съёмного пластиночного протеза области травмированной слизистой оболочки используются:

1. водный дентин или корректор
2. копировальная бумага
3. спирт
4. воск

2526. Фазы адаптации к съемному пластиночному протезу (по В. Ю. Курляндскому):

1. раздражения, частичного торможения, полного торможения
2. ближайшая, быстрая, отделенная
3. успокоение, привыкание, адаптация
4. медленная, быстрая, очень быстрая

2527. Фаза раздражения к съемному пластиночному протезу (по В. Ю. Курляндскому) длится дней:

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4

2528. Фаза частичного торможения к съемному пластиночному протезу (по В. Ю. Курляндскому) длится дней:

1. 2 - 4
2. 7 - 10
3. 10 - 20
4. 20 - 30

2529. Фаза полного торможения к съемному пластиночному протезу (по В. Ю. Курляндскому) длится дней:

1. с 5 по 33
2. 2
3. 3
4. 4

2530. Коррекцию съемного пластиночного протеза врач проводит с помощью:

1. фрез
2. твердосплавных турбинных боров
3. алмазных турбинных боров
4. вулканитовых дисков

2531. Для добавления искусственного зуба при починке протеза получают оттиск:

1. альгинатной массой
2. термопластический
3. гидроколлоидный
4. цинкоксиэвгеноловый

2532. Для починки базиса съемного пластиночного протеза снимается оттиск с протезом при:

1. отломе кламмера, постановке дополнительного
2. искусственного зуба, уточнении границ базиса
3. переломе базиса
4. трещине базиса

2533. Для починки съемного протеза на нижней челюсти при отломе удерживающего кламмера необходимо получить оттиск с:

1. нижней челюсти с протезом
2. нижней челюсти без протеза
3. двух челюстей без протеза
4. с нижней челюсти без протеза, верхней челюсти с протезом

2534. При починке съемного протеза на нижней челюсти в связи с потерей естественного зуба необходимо получить оттиск с:

1. нижней челюсти с протезом и верхней челюсти
2. нижней челюсти с протезом
3. верхней челюсти и нижней челюсти без протеза
4. нижней челюсти без протеза

2535. После наложения съёмного пластиночного протеза в полость рта пациента назначают на коррекцию:

1. на следующий день после наложения протеза
2. через неделю
3. через 3 дня
4. при появлении неприятных ощущений

2536. Оптимальные сроки пользования съёмными пластиночными протезами (лет):

1. 3
2. 6
3. 7
4. более 10

2537. Полная адаптация по (В. Ю. Курляндскому) к съёмному протезу происходит через (дней):

1. 33
2. 10
3. 15
4. 19

2538. После наложения съёмного пластиночного протеза может появиться боль и пациенту рекомендуется перед визитом к врачу для коррекции:

1. снять протез и надеть его за 3 часа перед коррекцией
2. не снимать протез
3. привыкать и не снимать протез
4. снять протез

2539. После припасовки и наложения съёмного пластиночного протеза обильное слюноотделение является признаком фазы адаптации:

1. раздражения
2. полного раздражения
3. частичного торможения
4. быстрого торможения

2540. Причина возможной боли при пользовании съёмным пластиночным протезом:

1. отсутствие соответствия или конгруэнтности тканей протезного ложа и поверхности протеза
2. тонкий базис протеза
3. толстый базис протеза
4. постановка зубов на приточке

2541. Фаза раздражения по В. Ю. Курляндскому при адаптации к съёмному пластиночному протезу длится в среднем (в часах):

1. 24
2. 12
3. 48
4. 72

2542. При наличии сильных болей после наложения протеза пациенту рекомендуется съёмный пластиночный протез:

1. снять и надеть за 2-4 часа перед посещением врача
2. не снимать до посещения врача
3. снять и надеть, когда пройдут болевые ощущения
4. снять и после исчезновения болевых ощущений прийти к врачу

2543. После проведения последней коррекции съемного протеза пациенту необходимо рекомендовать явиться в клинику для диспансерного осмотра:

1. один раз в полгода
2. один раз в месяц
3. один раз в год
4. по желанию пациента

2544. Причина поломки базиса съемного пластиночного протеза, связанная с клинической ошибкой:

1. неправильно проведенная коррекция протеза
2. низкое приклепление уздечки верхней губы
3. ошибки при определении центрального соотношения челюстей
4. неправильный выбор цвета и формы зубов

2545. Причины поломок базисов съемных пластиночных протезов, связанных с техническими ошибками:

1. нарушение правил изоляции экзостозов, нарушение режима полимеризации, нарушение правил постановки зубов
2. неправильное изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками
3. неправильный выбор цвета и формы зубов
4. неправильный выбор цвета базисной пластмассы

2546. Причина поломки базиса съемного пластиночного протеза, связанная с небрежным отношением пациента к своему протезу:

1. плохой уход, плохое хранение, откусывание твердой пищи
2. неправильный выбор зубной щетки для чистки протезов
3. неправильный выбор зубной пасты для чистки протезов
4. на ночь снимал протезы и хранил их в дистиллированной воде

2547. Наиболее частые причины поломки базиса съемного пластиночного протеза на верхней челюсти:

1. наличие балansa, низкое прикреплeние уздечки верхней губы
2. толстый базис протеза
3. малая площадь базиса протеза
4. большая площадь базиса протеза

2548. Причины, приводящие к поломке базиса съемного пластиночного протеза:

1. быстрое охлаждение кюветы после полимеризации
2. оттиск получен силиконовой массой
3. оттиск получен альгинатной массой
4. толстый базис протеза

2549. Травмы слизистой оболочки не могут быть вызваны:

1. отсутствия изоляции или чрезмерной изоляции небного валика
2. частым приемом пищи пациентом
3. значительной компрессией и деформацией слизистой оболочки во время снятия оттиска
4. неправильным расположением зубов по центру альвеолярного отростка

2550. Съемный пластиночный протез после еды необходимо:

1. промыть водой
2. обработать эфиром
3. обработать спиртом
4. протереть крепким раствором марганцовки

2551. Пациент должен хранить съемный пластиночный протез в ночное время в:

1. кипяченой воде комнатной температуры
2. перекиси водорода
3. спирте
4. сухом виде

2552. Одну чайную ложку пищевой соды на стакан кипяченой воды при хранении съемных пластиночных протезов добавляют для:

1. угнетения роста грибка candida
2. улучшения фиксации протеза
3. улучшения стабилизация протеза
4. устранения привкуса пластмассы

2553. Съемный мостовидный протез после приема пищи пациенту необходимо:

1. промыть водой, прополоскать рот
2. протереть спиртом
3. обработать крепким раствором марганцовки
4. ничего не делать

2554. Зона податливости слизистой оболочки протезного ложа, обусловленная сосудистыми полями, по Е.И. Гаврилову, называется:

1. буферной
2. фиброзной
3. железистой
4. клапанной

2555. Способность слизистой оболочки сжиматься под действием вертикального давления называется:

1. податливостью
2. ретенцией
3. когезией
4. адгезией

2556. Классификация Суппли предложена для:

1. типов слизистой оболочки
2. функциональных слепков
3. форм скатов альвеолярных гребней
4. видов зубных протезов

2557. Эстезиометр – аппарат для определения:

1. болевой чувствительности слизистой оболочки
2. податливости слизистой оболочки
3. подвижности естественных зубов
4. выносливости пародонта к нагрузке

2558. Зона слизистой оболочки с наименее выраженной податливостью (по люнду) называется:

1. центральной фиброзной
2. жировой

3. железистой
4. переходной складкой

2559. Расположение центральной фиброзной зоны податливости слизистой оболочки по Люнду:

1. срединный костный шов твердого неба
2. альвеолярный отросток
3. дистальная треть твердого неба
4. область небных складок

2560. Расположение жировой зоны податливости слизистой оболочки по Люнду:

1. передняя треть твердого неба
2. дистальная треть твердого неба
3. альвеолярный отросток
4. срединная часть твердого неба

2561. Расположение железистой зоны податливости слизистой оболочки по Люнду:

1. дистальная треть твердого неба
2. срединная часть твердого неба
3. область небных складок
4. альвеолярный отросток

2562. Болевая чувствительность слизистой оболочки протезного ложа определяется:

1. эстезиометром
2. гнатодинамометром
3. электронно-вакуумным аппаратом
4. реографом

2563. Расположение периферической фиброзной зоны податливости слизистой оболочки по Люнду:

1. альвеолярный отросток
2. срединная часть твердого неба
3. дистальная треть твердого неба
4. область небных складок

2564. Третья степень патологической подвижности зубов по Энтину характеризуется смещением зуба в направлении:

1. вестибуло-оральном, медио-дистальном и в вертикальном
2. медио-дистальном
3. вестибуло-оральном и медио-дистальном
4. вестибуло-оральном

2565. Характеристика первого класса слизистой оболочки по Суппли:

1. бледно-розового цвета, умеренно-увлажнена и податлива (с нормальным порогом болевой чувствительности)
2. избыточно податлива, разрыхлена, слюна густой консистенции
3. тонкая, мало-податлива, болезненна при пальпации, слюна жидкой консистенции
4. складчатая, с болтающимся гребнем

2566. Характеристика второго класса слизистой оболочки по Суппли:

1. тонкая, мало-податлива, болезненна при пальпации, слюна жидкой консистенции
2. бледно-розового цвета, умеренно увлажнена и податлива (с нормальным порогом болевой чувствительности)
3. избыточно податлива, разрыхлена, слюна густой консистенции
4. складчатая, с болтающимся гребнем

2567. Характеристика третьего класса слизистой оболочки по Суппли:

1. избыточно податлива, разрыхлена, слюна густой консистенции
2. бледно-розового цвета, умеренно увлажнена и податлива с нормальным порогом болевой чувствительности
3. тонкая, мало-податливая, болезненна при пальпации, слюна жидкой консистенции складчатая, с болтающимся гребнем
4. избыточно податлива, разрыхлена, слюна густой консистенции

2568. Характеристика четвертого класса слизистой оболочки по Суппли:

1. складчатая, с болтающимся гребнем
2. бледно-розового цвета, умеренно увлажнена и податлива (с нормальным порогом болевой чувствительности)
3. тонкая, малоподатливая, болезненна при пальпации, слюна жидкой консистенции
4. избыточно податлива, разрыхлена, слюна густой консистенции

2569. Базальная дуга – кривая проходящая по:

1. проекции вершук корней зубов
2. гребню альвеолярных отростков
3. жевательной поверхности зубов
4. режущему краю фронтальных зубов

2570. Основным методом обследования больного в ортопедической стоматологии является:

1. клинический
2. рентгенологический
3. биометрический
4. реографический

2571. В центральной окклюзии суставная головка находится по отношению к суставному бугорку:

1. у основания ската
2. на середине ската
3. на вершине
4. на любом участке ската

2572. При максимальном открывании рта суставные головки нижней челюсти устанавливаются относительно ската суставного бугорка:

1. у вершины
2. у основания
3. в нижней трети
4. на середине

2573. Вид соотношения зубов верхней и нижней челюстей в центральной окклюзии:

1. прикус
2. артикуляция
3. окклюзия
4. межальвеолярная высота

2574. В боковых окклюзиях на рабочей стороне в норме может быть контакт:

1. щечных бугров жевательных зубов (и)или контакт клыков
2. резцов и щечных бугров премоляров
3. резцов
4. дистальных бугров вторых моляров

2575. Угол трансверзального суставного пути угол Беннет в среднем равен (в градусах):

1. 17
2. 26
3. 33
4. 60

2576. Угол трансверзального резцового пути (готический угол) равен в градусах:

1. 100-110
2. 17-33
3. 40-60
4. 80-90

2577. Окклюзия – частный случай артикуляции, характеризующийся:

1. смыканием зубов
2. всеми перемещениями нижней челюсти
3. разобщением зубных рядов
4. широким открыванием рта

2578. Метод рентгенодиагностики для выявления положения верхней челюсти по отношению к основанию черепа является:

1. телерентгенография
2. дентальная рентгенография
3. панорамная рентгенография
4. ортопантомография

2579. Аппарат, воспроизводящий движения нижней челюсти:

1. артикулятор
2. миограф
3. гнатодинамометр
4. параллелометр

2580. Предназначение лицевой дуги:

1. установка модели верхней челюсти в артикулятор
2. запись суставных углов
3. запись движений нижней челюсти
4. запись резцового пути

2581. Окклюдаторы воспроизводят:

1. только вертикальные движения нижней челюсти
2. сагиттальные и боковые движения нижней челюсти
3. сагиттальные, боковые и вертикальные движения нижней челюсти
4. только сагиттальные движения нижней челюсти

2582. Артикуляторы воспроизводят:

1. сагиттальные, боковые и вертикальные движения нижней челюсти
2. только боковые движения нижней челюсти
3. только вертикальные движения нижней челюсти
4. сагиттальные и вертикальные движения нижней челюсти

2583. К патологическому виду прикуса относится:

1. глубокий
2. прямой
3. бипрогнатический

#### 4. ортогнатический

2584. Дополнительным методом исследования в клинике ортопедической стоматологии является:

1. рентгенография
2. осмотр
3. пальпация
4. опрос

2585. Латинское название щечной мышцы:

1. buccalis
2. masseter
3. temporalis
4. orbicularis oris

2586. Латинское название круговой мышцы рта:

1. orbicularis oris
2. buccalis
3. temporalis
4. masseter

2587. Латинское название собственно жевательной мышцы:

1. masseter
2. buccalis
3. temporalis
4. orbicularis oris

2588. Латинское название височной мышцы:

1. temporalis
2. buccalis
3. masseter
4. orbicularis oris

2589. Латинское название наружной крыловидной мышцы:

1. pterygoideus lateralis
2. pterygoideus medialis
3. temporalis
4. masseter

2590. Смещение нижней челюсти в сторону осуществляется мышцей:

1. латеральной крыловидной
2. подбородочно-подъязычной
3. челюстно-подъязычной
4. височной

2591. В поднятии нижней челюсти участвует мышца:

1. собственно жевательная
2. челюстно-подъязычная
3. подбородочно-подъязычная
4. латеральная крыловидная

2592. В опускании нижней челюсти участвует мышца:

1. подбородочно-подъязычная
2. латеральная крыловидная

3. височная
4. медиальная крыловидная

2593. Зубная формула зуба 3.7 обозначает:

1. второй моляр нижней челюсти слева
2. центральный резец нижней челюсти слева
3. клык нижней челюсти справа
4. первый моляр верхней челюсти справа

2594. Зубная формула зуба 1.1 обозначает:

1. центральный резец верхней челюсти справа
2. первый моляр верхней челюсти справа
3. центральный резец нижней челюсти слева
4. первый премоляр нижней челюсти справа

2595. Зубная формула зуба 2.3 обозначает:

1. клык верхней челюсти слева
2. первый премоляр нижней челюсти слева
3. центральный резец верхней челюсти слева
4. клык нижней челюсти справа

2596. Зубная формула зуба 4.3 обозначает:

1. клык нижней челюсти справа
2. первый моляр нижней челюсти справа
3. второй моляр нижней челюсти слева
4. клык нижней челюсти слева

2597. Промежуток между центральными резцами называется:

1. диастема
2. трема
3. межзубное пространство
4. щелевидный промежуток

2598. Промежуток между зубами, кроме центральных резцов называется:

1. трема
2. диастема
3. межзубное пространство
4. щелевидный промежуток

2599. Во время осмотра полости рта пациента возникло подозрение на наличие у него вич-инфекции, врач должен:

1. закончить осмотр, направить пациента на анализ крови
2. сказать больному о своем подозрении
3. отказать больному в оказании стоматологической помощи
4. продолжить осмотр и начать лечение стоматологического заболевания

2600. Объективным методом обследования больного в клинике ортопедической стоматологии является:

1. пальпация
2. рентгенография
3. электроодонтометрия
4. термодиагностика

2601. Латинское название внутренней крыловидной мышцы:

1. pterygoideus medialis
2. masseter
3. temporalis
4. pterygoideus lateralis

2602. Латинское название двубрюшной мышцы:

1. digastricus
2. pterygoideus medialis
3. temporalis
4. pterygoideus lateralis

2603. Латинское название подбородочно-язычной мышцы:

1. geniohyoideus
2. genioglossus
3. digastricus
4. mylohyoideus

2604. Латинское название височной мышцы:

1. temporalis
2. genioglossus
3. digastricus
4. geniohyoideus

2605. Латинское название челюстно-подъязычной мышцы:

1. mylohyoideus
2. genioglossus
3. digastricus
4. geniohyoideus

2606. Зубная формула зуба 2.1 обозначает:

1. центральный резец верхней челюсти слева
2. центральный резец верхней челюсти справа
3. центральный резец нижней челюсти слева
4. центральный резец нижней челюсти справа

2607. Зубная формула зуба 1.6 обозначает:

1. первый моляр верхней челюсти справа
2. центральный резец верхней челюсти слева
3. первый премоляр нижней челюсти справа
4. второй моляр нижней челюсти слева

2608. Зубная формула зуба 3.5 обозначает:

1. второй премоляр нижней челюсти слева
2. первый премоляр нижней челюсти справа
3. центральный резец верхней челюсти справа
4. второй моляр нижней челюсти слева

2609. Обследование зубов в полости рта начинают с:

1. правых верхних моляров и заканчивают нижними правыми молярами
2. левых верхних моляров и заканчивают нижними левыми молярами
3. левых нижних моляров и заканчивают левыми верхними молярами
4. правых нижних моляров и заканчивают правыми верхними молярами

2610. Степень атрофии костной ткани лунки зуба определяют:

1. пародонтальным зондом
2. пальпаторно
3. шпателем
4. пинцетом

2611. Ортопантомограмма – это изображение:

1. обеих челюстей
2. одной челюсти
3. одного зуба
4. трех зубов

2612. Прицельная рентгенограмма - это изображение:

1. одного зуба
2. обеих челюстей
3. одной челюсти
4. ВНЧС

2613. Измерение выносливости пародонта к вертикальной нагрузке называется:

1. гнатодинамометрия
2. реопародонтография
3. миотонометрия
4. электромиография

2614. Степень атрофии стенки лунки зуба определяется зондированием зубодесневого кармана:

1. в области наибольшей атрофии
2. с дистальной стороны
3. с оральной стороны
4. с вестибулярной стороны

2615. Коэффициенты выносливости пародонта зубов, предложенные В. Ю. Курляндским, получены на основании данных исследований:

1. гнатодинамометрии
2. анатомических особенностей строения зуба
3. подвижности зуба
4. жевательных проб

2616. Клиническим методом обследования пациентов является:

1. перкуссия
2. мастикациография
3. электроодонтодиагностика
4. томография

2617. Клиническим методом обследования пациентов является:

1. пальпация
2. электромиография
3. электроодонтодиагностика
4. прицельная рентгенография

2618. Патологическую подвижность зубов Энтин подразделял на степени:

1. 3
2. 2

3. 4

4. 5

2619. Подвижность зуба I степени по Энтину - это:

1. перемещение зуба в вестибулооральном направлении
2. зуб вращается в лунке во всех направлениях вокруг своей оси
3. перемещение зуба в вестибулооральном и медиодистальном направлении
4. перемещение зуба в вестибулооральном, медиодистальном, вертикальном направлениях

2620. Подвижность зуба II степени по Энтину - это:

1. перемещение зуба в вестибулооральном и медиодистальном направлениях
2. зуб вращается в лунке во всех направлениях вокруг своей оси
3. перемещение зуба в вестибулооральном и медиодистальном направлениях
4. в перемещение зуба вестибулооральном направлении

2621. К клиническим методам обследования пациента относится:

1. зондирование
2. электроодонтодиагностика
3. томография
4. мастикациография

2622. Во время проведения клинического метода обследования пальпацией возможно определить:

1. податливость слизистой оболочки полости рта
2. глубину кариозной полости
3. глубину зубодесневого кармана
4. глубину погружения края штампованной коронки на опорном зубе

2623. Граница между эмалью коронки и цементом корня зуба называется:

1. анатомической шейкой зуба
2. клинической шейкой зуба
3. экватор зуба
4. границей над- и поддесневой частей зуба

2624. Основным документом врачебного поликлинического приема для лечебно-профилактических учреждений всех форм собственности является:

1. история болезни
2. бланк направление
3. заказ-наряд
4. талон назначения больного к врачу

2625. Термин ортопедия означает:

1. изучение и лечение врожденных и приобретенных дефектов и деформаций
2. введение в науку
3. изучение научных данных в области лица и шеи
4. изучение и лечение в полости рта и пограничных областей лица и шеи

2626. Термин семиотика означает:

1. учение о признаках болезни и патологических состояниях
2. изучение и лечение врожденных и приобретенных дефектов и деформаций
3. изучение научных данных в области лица и шеи
4. изучение и лечение в полости рта и пограничных областей лица и шеи

2627. Диагноз - это:

1. краткое медицинское заключение об имеющихся заболеваниях
2. изучение и лечение врожденных и приобретенных дефектов и деформаций
3. изучение и лечение в полости рта и пограничных областей лица и шеи
4. учение о признаках болезни и патологических состояниях

2628. Диагностика – это:

1. учение о методах распознавания болезней
2. изучение и лечение врожденных и приобретенных дефектов и деформаций
3. изучение и лечение в полости рта и пограничных областей лица и шеи
4. учение о признаках болезни и патологических состояниях

2629. Деонтология - это:

1. наука о взаимоотношениях медицинского персонала внутри коллектива, а также с пациентом
2. изучение научных данных в области лица и шеи
3. учение о методах распознавания болезней
4. учение о признаках болезни и патологических состояниях

2630. Одонтопародонтограмма предложена:

1. Курляндским В.Ю.
2. Гельманом С.Е.
3. Рубиновым С.И.
4. Агаповым Н.И.

2631. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет:

1. жевательную эффективность
2. выносливость пародонта
3. выносливость зубочелюстной системы
4. абсолютную силу жевательных мышц

2632. 1/4 степень атрофии лунки зуба соответствует:

1. половине высоты анатомической коронки зуба
2. двум размерам высоты анатомической коронки зуба
3. 1,5 высоте анатомической коронки зуба
4. одной высоте анатомической коронки зуба

2633. 1/2 степень атрофии лунки зуба соответствует:

1. одной высоте анатомической коронки зуба
2. двум размерам высоты анатомической коронки зуба
3. 1,5 высоте анатомической коронки зуба
4. половине высоты анатомической коронки зуба

2634. 3/4 степени атрофии лунки зуба соответствует:

1. 1,5 высоте анатомической коронки зуба
2. двум размерам высоты анатомической коронки зуба
3. одной высоте анатомической коронки зуба
4. половине высоты анатомической коронки зуба

2635. В норме соотношение длины коронки и корня зуба один к:

1. двум
2. одному
3. трем
4. четырем

2636. Более 3/4 степени атрофии лунки зуба соответствует:

1. двум размерам высоты анатомической коронки зуба
2. 1,5 высоте анатомической коронки зуба
3. одной высоте анатомической коронки зуба
4. половине высоты анатомической коронки зуба

2637. Артикуляцией называется:

1. всевозможные движения и положения нижней челюсти относительно верхней
2. смещение нижней челюсти дистально
3. выдвижение нижней челюсти только вперед
4. движение нижней челюсти только вправо и влево

2638. Прикусом называется:

1. вид смыкания зубных рядов в центральной окклюзии
2. вид окклюзии зубов
3. любое смыкание зубных рядов
4. смыкание зубных рядов при выдвижении нижней челюсти вперед

2639. Измерение тонуса жевательных мышц (в граммах) называется:

1. миотонометрия
2. реопародонтография
3. электромиография
4. мастикациография

2640. Метод функционального исследования мышечной системы на основе графической регистрации биопотенциалов мышц называется:

1. электромиография
2. реопародонтография
3. миотонометрия
4. мастикациография

2641. Запись жевательных движений нижней челюсти при разжевывании лесного ореха массой 0,8 гр.:

1. мастикациография
2. реопародонтография
3. миотонометрия
4. электромиография

2642. Движения головок нижней челюсти изучают с помощью:

1. рентгенокинематографии
2. томограммы внчс
3. реоартографии
4. реопародонтографии

2643. Введение контрастного вещества в суставную щель с последующей рентгенографией называется:

1. артрография
2. реопародонтографии
3. рентгенокинематографии
4. реодонтографии

2644. Центральная окклюзия определяется признаками:

1. зубным, суставным, мышечным

2. лицевым, черепным, зубным
3. язычным, мышечным, суставным
4. зубным, глотательным, мышечным

2645. В положении центральной окклюзии суставная головка нижней челюсти находится:

1. у основания ската суставного бугорка
2. на вершине суставного бугорка
3. на середине ската суставного бугорка
4. в центре суставной ямки

2646. Ключом окклюзии (по Энгля), характеризующим признак прикуса, является соотношение:

1. первых моляров
2. центральных резцов
3. клыков
4. первых премоляров

2647. К физиологическим видам прикуса относятся:

1. ортогнатический, прямой, бипрогнатический, физиологическая прогения
2. ортогнатический, прямой, глубокий, физиологическая прогения
3. ортогнатический, прямой, бипрогнатический, открытый
4. ортогнатический, прямой, бипрогнатический, глубокий

2648. Разница величин высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и в центральной окклюзии составляет в среднем:

1. 2 – 4 мм
2. 5 – 7 мм
3. 7 – 9 мм
4. 10 – 12 мм

2649. Центральное соотношение челюстей определяется при:

1. отсутствии пар зубов антагонистов
2. наличии одной пары зубов антагонистов в каждой функционально-ориентированной группе зубов
3. наличии всех пар зубов антагонистов
4. наличии пар зубов антагонистов лишь во фронтальной группе зубов

2650. Метод субъективного обследования больного в клинике ортопедической стоматологии включает:

1. опрос
2. пальпацию
3. осмотр
4. зондирование

2651. Трансверзальная окклюзионная кривая по имени автора называется кривая:

1. Уилсона
2. Шпее
3. Бенетта
4. Хантера

2652. При прямом прикусе во фронтальном участке зубных рядов в центральной окклюзии:

1. режущие края верхних резцов контактируют с режущими краями нижних резцов встык
2. верхние резцы перекрывают нижние на 2-4 мм
3. нижние резцы перекрывают верхние на 2-4 мм
4. верхние резцы перекрывают нижние на 1 мм

2653. При ортогнатическом прикусе во фронтальном участке зубных рядов в центральной окклюзии:

1. при плотном режуще-бугорковом контакте верхние резцы перекрывают нижние не более  $\frac{1}{3}$  высоты коронки
2. режущие края верхних резцов контактируют с нижними резцами встык
3. нижние резцы перекрывают верхние на 2-4 мм
4. центральные резцы обеих челюстей наклонены вперед, контакт между ними и глубина перекрытия сохранены

2654. В состоянии относительного физиологического покоя:

1. напряжение мышц, опускающих и поднимающих нижнюю челюсть равнозначно, окклюзионные поверхности зубов разобщены в среднем на 2-4 мм
2. жевательные мышцы находятся в состоянии слабого напряжения
3. жевательные мышцы напряжены умеренно
4. жевательные мышцы напряжены максимально

2655. Цикл жевательных движений нижней челюсти заканчивается

1. возвращением в положение центральной окклюзии
2. смещением в сторону
3. опусканием и выдвиганием вперед из положения центральной окклюзии
4. возвращением в переднюю окклюзию

2656. При центральной окклюзии во фронтальном участке в бипрогнатическом прикусе:

1. центральные резцы обеих челюстей наклонены вперед, контакт между ними и глубина перекрытия сохранены
2. верхние резцы перекрывают нижние на 1 мм
3. режущие края верхних резцов контактируют с нижними резцами встык
4. нижние резцы перекрывают верхние на 2-4 мм

2657. Прикус – это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии:

1. центральной
2. боковой правой
3. боковой левой
4. передней

2658. Суставной признак центральной окклюзии:

1. суставная головка находится у основания ската суставного бугорка
2. суставная головка находится на скате суставного бугорка
3. суставная головка находится на вершине ската суставного бугорка
4. суставная головка находится впереди суставного бугорка

2659. Прибор, моделирующий только вертикальные движения челюсти:

1. окклюдатор
2. параллелометр
3. гнатодинамометр
4. артикулятор

2660. Прибор, моделирующий все движения нижней челюсти:

1. артикулятор
2. аппарат t-scan
3. эстезиометр
4. окклюдатор

2661. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1. m. Masseter
2. m. Digastricus
3. m. Pterygoideus lateralis
4. m. Platysma

2662. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1. m. Digastricus
2. m. Pterygoideus medialis
3. m. Pterygoideus lateralis
4. m. Masseter

2663. Для снятия оттиска при непосредственном протезировании применяют оттисковые массы:

1. альгинатные
2. силиконовые
3. термопластические
4. гипс

2664. Причина появления пор в отображении препарированного зуба при снятии двухслойного слепка:

1. недостаточное высушивание культи зуба
2. высокая текучесть корректирующего слоя
3. высокая твердость основного (базового) слоя
4. излишняя компрессия при снятии слепка

2665. Обжиг фарфоровых компонентов производится:

1. в вакууме
2. при атмосферном давлении
3. пламенем бензиновой горелки
4. на водяной бане

2666. Для восстановления анатомической формы зуба на гипсовой модели применяют воск:

1. моделировочный для мостовидных протезов
2. базисный
3. липкий
4. лавакс

2667. Для двойного оттиска используются слепочные массы:

1. силиконовые
2. твердокристаллические
3. альгинатные
4. термопластические

2668. Газовая пористость базиса протеза возникает по причине:

1. быстрого нагрева кюветы
2. недостаточного сжатия пластмассы
3. быстрого охлаждения кюветы
4. нарушения пропорций полимера и мономера

2669. Паковка пластмассы в кювету проводится на стадии:

1. тестообразной
2. песочной
3. тянущихся нитей

#### 4. резиноподобной

2670. При изготовлении съемного пластиночного протеза плотность фиссурно-бугоркового контакта между искусственными зубами и зубами-антагонистами проверяется на этапе:

1. проверки конструкции съемного протеза
2. припасовки индивидуальной ложки
3. определения центрального соотношения челюстей
4. определения центральной окклюзии

2671. Преимущество пластмассовых искусственных зубов в съемном протезе перед фарфоровыми зубами проявляется в:

1. хорошем соединении с базисом протеза
2. возможности поставить зубы на приточке
3. большей твердости
4. возможности поставить зубы при глубоком прикусе

2672. Для починки съемного протеза на нижней челюсти при отломе удерживающего кламмера снимают оттиск с:

1. нижней челюсти с протезом
2. нижней челюсти без протеза
3. верхней челюсти без протеза
4. верхней челюсти с протезом

2673. Телескопическая коронка используется для фиксации протеза:

1. пластиночного при частичном отсутствии зубов
2. консольного при частичном отсутствии зубов
3. несъемного мостовидного протеза
4. пластиночного при полном отсутствии зубов

2674. Съемные пластиночные протезы по способу передачи жевательного давления относятся к:

1. нефизиологичным
2. физиологичным
3. полуфизиологичным
4. анатомо-физиологичным

2675. Граница протезного ложа беззубой нижней челюсти в вестибулярной области:

1. проходит по своду переходной складке, обходя уздечку нижней губы и щечно-десневые тяжи
2. включает нижнечелюстной бугорок
3. перекрывает челюстно-подъязычную линию на 1 мм
4. перекрывает нижнечелюстной бугорок на 1 мм

2676. Этап проверки конструкции пластиночного протеза начинают с:

1. введения в полость рта восковых базисов с зубами и кламмерами
2. определения высоты нижнего отдела лица введения протеза в полость рта
3. оценки качества изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе
4. медикаментозной обработки конструкции

2677. Ориентиром для постановки центральных резцов на верхней челюсти служит расположение:

1. линии эстетического центра лица
2. носогубных складок
3. филтрума верхней губы
4. крыльев носа

2678. Окончательная припасовка съёмного протеза проводится:

1. врачом в полости рта
2. зубным техником на модели
3. врачом на модели
4. зубным техником на модели, затем врачом в полости рта

2679. В области боковых зубов верхней челюсти с небной стороны граница базиса съёмного пластиночного протеза:

1. доходит почти до окклюзионной поверхности зубов
2. проходит в пришеечной области (до зубных бугорков)
3. перекрывает зубные бугорки резцов и клыков
4. доходит до экватора сохранившихся зубов

2680. В области передних зубов верхней челюсти с небной стороны граница базиса съёмного пластиночного протеза:

1. проходит в пришеечной области (до зубных бугорков)
2. перекрывает зубные бугорки резцов и клыков
3. доходит до экватора сохранившихся зубов
4. доходит почти до окклюзионной поверхности зубов

2681. В области передних зубов нижней челюсти с язычной стороны граница базиса съёмного пластиночного протеза:

1. перекрывает зубные бугорки резцов и клыков
2. проходит в пришеечной области (до зубных бугорков)
3. доходит до экватора сохранившихся зубов
4. доходит почти до окклюзионной поверхности зубов

2682. В области боковых зубов нижней челюсти с язычной стороны граница базиса съёмного пластиночного протеза:

1. доходит до экватора сохранившихся зубов
2. проходит в пришеечной области (до зубных бугорков)
3. перекрывает зубные бугорки резцов и клыков
4. доходит почти до окклюзионной поверхности зубов

2683. При нанесении ориентиров для постановки искусственных зубов линия, опущенная от крыла носа, соответствует:

1. середине клыка
2. медиальной поверхности клыка
3. дистальной поверхности клыка
4. середине первого премоляра

2684. Изучение рабочей модели в параллелометре необходимо для:

1. выбора пути введения бюгельного протеза
2. определения центральной окклюзии
3. определения методики дублирования модели
4. выбора модели

2685. При непосредственном протезировании имедиат протезы изготавливают:

1. до оперативного вмешательства
2. через 3 дня после удаления зубов
3. через 5-7 дней после удаления зубов
4. через 2 недели после удаления зубов

2686. Форма промежуточной части мостовидного протеза в области передних зубов:

1. касательная
2. седловидная
3. промывная
4. диаторическая

2687. Имmediат-протез накладывается в полость рта:

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

2688. При планировании изготовления несъемной конструкции недостаточное количество опорных зубов может привести к:

1. функциональной перегрузке пародонта опорных зубов
2. повышенному стиранию зубов-антагонистов
3. множественному кариесу
4. флюорозу эмали

2689. При маленьком пространстве между дном полости рта и десневым краем в бюгельном протезе применяют:

1. лингвальную пластинку
2. лингвальную дугу
3. вестибулярную дугу
4. модифицированный непрерывный кламмер

2690. Функциональное назначение тела кламмера:

1. соединение всех элементов кламмера и стабилизирующая функция
2. соединение кламмера с металлическим каркасом
3. фиксирующая функция
4. опорная и удерживающая функции

2691. Функциональное назначение окклюзионной накладки:

1. передача жевательного давления на пародонт опорных зубов
2. фиксация протеза
3. ретенция протеза
4. опорная и удерживающая функции

2692. Место расположения окклюзионной накладки кламмера должно иметь форму:

1. ложечкообразную
2. плоскую
3. ласточкина хвоста
4. квадрата

2693. Окклюзионная накладка опорно-удерживающего кламмера выполняет функцию:

1. опорную
2. стабилизирующую
3. ретенционную
4. соединения самого кламмера с металлическим каркасом бюгельного протеза

2694. Окклюзионная накладка располагается:

1. на межбугорковой бороздке премоляров и моляров
2. в области шейки зуба

3. на режущем крае зуба
4. на дентальном бугре клыков

2695. Зона расположения ретенционной части плеча кламмера:

1. гингивальная зона
2. жевательная поверхность
3. экватор
4. окклюзионная зона

2696. Функция ретенционной части плеча кламмера:

1. фиксация протеза
2. шинирование зуба
3. перераспределение жевательной нагрузки
4. опорная

2697. Часть опорно-удерживающего кламмера, обеспечивающая стабильность бюгеля от вертикальных смещений, располагается в зоне:

1. ретенционной
2. поднутрения
3. окклюзионной
4. безопасности

2698. Искусственные пластмассовые зубы соединяются с базисом пластиночного протеза:

1. химически
2. механически
3. при помощи клея
4. при помощи композитных материалов

2699. Двойной оттиск получают массой:

1. силиконовой
2. альгинатной
3. термопластической
4. гипсом

2700. Для приготовления альгинатной массы используют:

1. воду комнатной температуры
2. воду с добавлением соли
3. катализатор
4. воду с добавлением соды

2701. Для снятия оттиска с челюсти для изготовления литых коронок используют ложки:

1. стандартные металлические перфорированные
2. пластмассовые индивидуальные
3. восковые индивидуальные
4. стандартные пластмассовые для беззубых челюстей

2702. Альгинатная масса используется для получения рабочих оттисков при изготовлении коронок:

1. штампованной
2. литой
3. металлопластмассовой
4. металлокерамической

2703. Для ускорения кристаллизации медицинского гипса при его замешивании добавляется:

1. поваренная соль
2. сахар
3. спирт
4. тетраборат натрия (бура)

2704. Альгинатную оттискную массу замешивают на:

1. воде
2. воде с добавлением соли
3. теплой воде
4. прилагаемому к материалу катализаторе

2705. Силиконовая масса используется для получения рабочих оттисков при изготовлении коронки:

1. металлопластмассовой
2. штампованной с облицовкой
3. штампованной стальной
4. штампованной золотой

2706. При изготовлении цельнолитой коронки для рабочего оттиска используют оттискную массу:

1. силиконовую
2. альгинатную
3. цинкооксиэвгеноловую
4. гипс

2707. При изготовлении металлокерамической коронки для рабочего оттиска используют оттискную массу:

1. силиконовую
2. альгинатную
3. цинкооксиэвгеноловую
4. стэнс

2708. При изготовлении цельнолитой или металлокерамических коронок рабочий оттиск получают:

1. силиконовыми массами
2. альгинатными массами
3. гипсом
4. стэнсом

2709. Удержание альгинатной оттискной массы на неперфорированной ложке осуществляют с помощью:

1. лейкопластыря и адгезива
2. обработки краев ложки изоколом
3. обработки краев ложки спиртом
4. обработки краев ложки перекисью водорода

2710. У альгинатных оттискных материалов главным недостатком является способность:

1. давать большую усадку, возникающую через 20 минут после снятия оттиска
2. замешиваться на воде
3. не растворяться в дезинфицирующем растворе
4. сохранять целостность при выведении из полости рта

2711. Рабочая гипсовая модель по оттиску из альгинатного материала должна быть отлита не позднее:

1. 15 мин.
2. 45 мин.

3. 60 мин.
4. 24 час

2712. Рабочий оттиск при изготовлении цельнолитой коронки получают материалом:

1. силиконовым
2. термопластическим
3. альгинатным
4. твердокристаллическим

2713. Рабочий оттиск при изготовлении металлокерамической коронки получают материалом:

1. спидексом
2. репином
3. упином
4. гипсом

2714. Связь керамики с каркасом металлокерамической коронки:

1. химическая
2. гальваническая
3. механическая
4. биологическая

2715. Связь пластмассы с каркасом металлопластмассовой коронки:

1. механическая
2. химическая
3. гальваническая
4. биологическая

2716. При изготовлении металлокерамических коронок применяются керамические массы с температурой обжига(с):

1. 850 - 900
2. 560 – 775
3. 775 – 865
4. 350 – 560

2717. Главным недостатком керамических масс, используемых при изготовлении металлокерамической коронки, является:

1. хрупкость
2. раздражающее действие на слизистую оболочку
3. изменение цвета
4. повышенная стираемость

2718. При изготовлении металлопластмассовых коронок применяются высокопрочные пластмассы - это:

1. пиропласт
2. стэнс
3. дентафоль
4. дентол

2719. При изготовлении облицовки первым слоем керамической массы, наносимым на каркас металлокерамической коронки, является:

1. грунтовый (опаковый)
2. эмалевый
3. дентинный

#### 4. глазурь

2720. Для снятия с зуба литой металлической коронки в полости рта используются боры:

1. твердосплавный турбинный
2. карборундовый
3. односторонний алмазный диск
4. колесовидный

2721. При моделировке каркаса цельнолитой коронки для компенсации усадки сплава при литье используется:

1. компенсационный лак
2. золотая фольга
3. платиновая фольга
4. легкоплавкий сплав

2722. Для прочного соединения керамической массы с металлом на каркас металлокерамической коронки наносится:

1. окисная пленка
2. зацепные петли
3. компенсационный лак
4. перлы

2723. Для прочного соединения пластмассы с металлом на каркас металлопластмассовой коронки наносится:

1. перлы
2. компенсационный лак
3. окисная пленка
4. адаптовый колпачок

2724. Конструкционными материалами при изготовлении несъемного мостовидного металлокерамического протеза являются:

1. керамические массы
2. воск
3. слепочные массы
4. гипс

2725. К твёрдокристаллизующимся оттискным материалам относятся:

1. гипсы
2. с – силиконы
3. а – силиконы
4. тиоколовые

2726. К термопластическим оттискным материалам относятся:

1. стэнс
2. спидекс
3. репин
4. гипс

2727. К альгинатным оттискным массам относится:

1. ипин
2. сиэласт
3. спидекс
4. тиодент

2728. К силиконовым оттискным массам относятся:

1. спидекс
2. масса керра
3. стомальгин
4. гипс

2729. Эластичные акриловые материалы для двухслойных базисов обладают:

1. химическим соединением с жестким акриловым базисом протеза
2. повышенной степенью твердости
3. длительным сохранением эластичности
4. незначительной степенью усадки

2730. Эластичные акриловые материалы для двухслойных базисов обладают:

1. потерей эластичности вследствие вымывания пластификатора
2. длительны сохранением эластичности
3. незначительной степенью усадки
4. повышенной степенью твердости

2731. Промышленный выпуск акриловых подкладочных материалов для базисов съёмных протезов в виде:

1. полимера, мономера
2. пасты, катализатора и подслоя (праймера)
3. основной и катализаторной масс
4. пластин, армированных металлическими сетками

2732. Вспомогательным материалом в ортопедической стоматологии являются:

1. термопластические массы
2. пластмассы
3. керамические массы
4. металлические сплавы благородных металлов

2733. Большая устойчивость съёмного протеза на верхней челюсти обеспечивается расположением кламмерной линии:

1. диагонально
2. трансверзально
3. сагиттально
4. парасагиттально

2734. При фиксации центрального соотношения челюстей или центральной окклюзии на окклюзионные валики восковых базисов наносят:

1. размягченный воск и насечки
2. гипс
3. копировальную бумагу
4. альгинатную массу

2735. Кламмерная фиксация съёмного протеза это – разновидность:

1. механической фиксации
2. анатомической ретенции
3. биологической фиксации
4. биофизической фиксации

2736. Механическая фиксация съёмного протеза обеспечивается:

1. телескопическими коронками
2. когезией
3. анатомической ретенцией
4. адгезией

2737. К анатомической ретенции относятся:

1. выраженность альвеолярных бугорков, свода неба, высота альвеолярного отростка
2. когезия
3. адгезия
4. телескопическая фиксация

2738. По функции кламмера делятся на:

1. удерживающие, опорно-удерживающие
2. круглые, полукруглые
3. гнутые, литые
4. зубо-десневые, надесневые, назубные

2739. По степени охвата зуба кламмера делятся на:

1. одноплечие, двухплечие
2. гнутые, литые
3. удерживающие, опорно-удерживающие
4. круглые, полукруглые

2740. По расположению кламмера делятся на:

1. зубо-десневые, надесневые, назубные
2. гнутые, литые
3. круглые, полукруглые
4. удерживающие, опорно-удерживающие

2741. По методу изготовления кламмера делятся на:

1. гнутые, литые, полимеризованные, комбинированные
2. круглые, полукруглые
3. назубные, надесневые, зубо-десневые
4. удерживающие, опорно-удерживающие

2742. По профилю сечения кламмера делятся на:

1. круглые, полукруглые, ленточные
2. гнутые, литые
3. назубные, надесневые
4. удерживающие, опорно-удерживающие

2743. Диаметр удерживающего кламмера съёмного протеза составляет (мм):

1. от 0,8 - 1,2
2. от 0,1 - 0,5
3. от 1,4 - 1,9
4. от 2 - 2,5

2744. Плечо удерживающего кламмера съёмного протеза равномерно касается зуба и располагается:

1. между экватором и пришеечной частью зуба
2. на окклюзионной поверхности зуба
3. между окклюзионной поверхностью зуба и экватором
4. на экваторе

2745. Диагональное расположение кламмерной линии благоприятно для фиксации съёмного протеза:

1. на верхней челюсти
2. на нижней челюсти
3. на верхней и нижней челюстях
4. при 1 классе дефекта зубного ряда (по Кеннеди)

2746. Трансверзальное расположение кламмерной линии благоприятно для фиксации съёмного протеза:

1. на нижней челюсти
2. на верхней челюсти
3. на верхней и нижней челюстях
4. при 1 классе дефекта зубного ряда (по Кеннеди) на верхней челюсти

2747. Сагиттальное расположение кламмерной линии неблагоприятно для фиксации съёмного протеза:

1. на верхней и нижней челюстях
2. только на верхней челюсти
3. только на нижней челюсти
4. при болтающемся гребне на верхней челюсти

2748. Точечная фиксация съёмного пластиночного протеза имеется при наличии кламмеров в количестве:

1. одном
2. двух
3. трех
4. четырех

2749. Линейная фиксация съёмного пластиночного протеза имеется при наличии кламмеров в количестве:

1. двух
2. одного
3. трех
4. четырех

2750. Фиксация съёмного пластиночного протеза считается плоскостной при наличии:

1. трех и более кламмеров
2. двух кламмеров
3. одного кламмера
4. бескламмерной фиксации

2751. Кламмерная линия это – воображаемая линия, проходящая:

1. между зубами, на которых расположены кламмера протеза
2. по средней линии лица
3. между резцовой точкой и вершиной дистального щечного бугра 7 зуба на нижней челюсти
4. по альвеолярной части нижней челюсти и альвеолярного отростка верхней челюсти

2752. Сдвоенный кламмер аккера, называется:

1. Бонвиля
2. Роуча
3. круговой
4. обратного действия

2753. Изготовление удерживающих кламмеров съёмного пластиночного протеза проводится зубным техником на этапе:

1. моделирования воскового базиса и постановки искусственных зубов
2. отливки гипсовых моделей
3. замены воска на пластмассу
4. шлифовки и полировки

2754. Замковое крепление съёмного протеза, это – разновидность:

1. механической фиксации
2. анатомической ретенции
3. биофизическая фиксация
4. биомеханической фиксации

2755. Балочная фиксация съёмного протеза, это – разновидность:

1. механической фиксации
2. анатомической ретенции
3. биофизической фиксации
4. биомеханическая фиксация

2756. Применение замковых креплений для фиксации съёмного протеза даёт возможность:

1. повысить эстетику
2. уменьшить рвотный рефлекс
3. улучшить дикцию
4. улучшить гигиену полости рта

2757. Для более благоприятного распределения давления на опорный зуб при концевом дефекте зубного ряда, окклюзионная накладка располагается на жевательной поверхности со стороны:

1. медиальной
2. вестибулярной
3. оральной
4. дистальной

2758. Плечи литого кламмера аккера в бюгельном протезе выполняют функцию:

1. удерживающую, опорную и стабилизирующую
2. опорную
3. направляющую
4. удерживающую

2759. Припасовка и наложение пластиночного протеза может быть затруднена из-за:

1. плотного прилегания базисной пластмассы к шейкам естественных зубов
2. нарушения режима полимеризации
3. ошибки при постановке зубов
4. ошибок при подготовке пластмассы

2760. Изоляция торуса при изготовлении съёмного пластиночного протеза проводится с помощью пластинки из:

1. свинца
2. меди
3. олова
4. платины

2761. Изоляция экзостозов при изготовлении съёмного пластиночного протеза проводится с помощью:

1. свинцовой пластины
2. пластмассы
3. гипса
4. воска

2762. Изоляция торауса при изготовлении съёмного пластиночного протеза проводится зубным техником на этапе:

1. моделирования воскового базиса, постановки искусственных зубов
2. отливки гипсовых моделей
3. изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками
4. отделки, шлифовки и полировки

2763. Изоляция костных выступов при изготовлении съёмного пластиночного протеза проводится зубным техником на этапе:

1. изготовления кламмеров, моделирования воскового базиса, постановки искусственных зубов
2. изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками
3. отливки гипсовых моделей
4. отделки, шлифовки и полировки

2764. Быстрое охлаждение кюветы на окончательном этапе замены воска на базисную пластмассу может привести к образованию в базисе протеза:

1. внутреннего напряжения
2. пористости сжатия
3. гранулярной пористости
4. газовой пористости

2765. Быстрый подъем температуры при полимеризации базисной пластмассы способствует образованию в базисе протеза:

1. газовой пористости
2. гранулярной пористости
3. внутреннего напряжения
4. пористости сжатия

2766. Причиной образования гранулярной пористости в базисе пластиночного протеза является:

1. недостаток мономера
2. избыток мономера
3. быстрое охлаждение кюветы
4. быстрый нагрев кюветы

2767. Причиной образования в базисе пластиночного протеза внутреннего напряжения является:

1. быстрое охлаждение кюветы
2. недостаток мономера
3. избыток мономера
4. быстрый нагрев кюветы

2768. К базисным пластмассам относится:

1. фторакс
2. ортосил
3. карбодент
4. редонт

2769. Сплавы, обладающие биологической совместимостью с тканями полости рта:

1. содержащие золото

2. нержавеющая сталь
3. хромокобальтовые
4. хромоникелевые

2770. У детей до 3-х лет кариесом чаще поражаются:

1. резцы верхней челюсти
2. моляры верхней челюсти
3. моляры нижней челюсти
4. резцы нижней челюсти

2771. При системной гипоплазии эмали поражаются:

1. зубы одного периода формирования
2. временные и постоянные резцы
3. зубы антагонисты
4. только первые моляры

2772. Начальный кариес (стадии мелового пятна) временных зубов характеризуется:

1. подповерхностной деминерализацией
2. нарушением формирования эмали
3. поверхностной деминерализацией
4. некрозом эмали

2773. При хронических формах пульпита обнаруживается микрофлора:

1. смешанная
2. стрептококковая
3. стафилококковая
4. грибковая

2774. Предпочитаемый метод лечения при переломе коронки зуба со вскрытием полости зуба при несформированном корне:

1. частичная пульпотомия
2. не прямое покрытие пульпы
3. пульпэктомия
4. девитальная ампутация

2775. Витальная пульпотомия временных зубов с несформированными корнями показана при:

1. язвенном пульпите
2. гнойном пульпите
3. остром пульпите
4. периодонтите

2776. Показанием к прямому покрытию пульпы у постоянных зубов с несформированными корнями является:

1. бессимптомный обратимый пульпит кариозного происхождения со случайным обнажением пульпы
2. бессимптомный обратимый пульпит с кариозным обнажением пульпы
3. посттравматическое обнажение пульпы, спустя 16 часов после травмы
4. хронический гангренозный пульпит

2777. Наличие кровоточивости пульпы после пульпотомии в течение 5 минут является показанием к:

1. отсроченному лечению
2. проведению пульпотомии с фармокрезолом
3. удалению зуба

4. проведению пульпэктомии пульпы

2778. Терапия кандидозных поражений слизистой оболочки полости рта предусматривает применение препарата:

1. клотримазол
2. кетоконазол
3. валцикловир
4. индометацин

2779. Для obturации корневых каналов у детей используют:

1. резорбируемые пасты
2. термофилы
3. резорцин-формалиновые пасты
4. пасты на основе гидроксида кальция

2780. Для непрямого покрытия пульпы у детей не используют материалы:

1. нетвердеющие пасты
2. твердеющие пасты
3. композиты световой полимеризации
4. СИЦ

2781. При лечении периодонтита постоянного несформированного зуба не используется:

1. резорцин-формалиновая паста
2. иодоформная паста
3. МТА
4. гидроксид кальция

2782. Постоянная obturация корневого канала во временном зубе не проводится:

1. гуттаперчевыми штифтами
2. цинкоксидаэвгенольной пастой
3. йодоформной пастой
4. кальцийсодержащей пастой

2783. К реставрационным стеклоиономерным цементам относится:

1. Fiji 9
2. Vitrebond
3. Ultrablend
4. Cavalite

2784. Для лечения начальных форм кариеса временных зубов применяют:

1. фтористое и азотнокислое серебро
2. антисептики
3. гемостатики
4. биологически активные вещества

2785. Оптимальная кратность проведения аппликаций препаратов кальция для ремотерапии:

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

2786. Метод лечения пульпита, при котором удаляют коронковую пульпу с сохранением корневой, называется:

1. пульпотомия
2. не прямое покрытие пульпы
3. прямое покрытие пульпы
4. пульпэктомия

2787. При затрудненной изоляции рабочего поля герметизация фиссур проводится:

1. стеклоиономерными цементами
2. композитными герметиками
3. компомерными герметиками
4. масляным дентином

2788. Лечение кариеса у детей раннего возраста следует начинать:

1. с момента возникновения
2. в возрасте 3 года
3. в возрасте 5 лет
4. после физиологической смены зубов

2789. Для проведения метода инфильтрации начальных форм кариеса применяется препарат:

1. Icon
2. Gaenial bond
3. G-coat
4. Opalustre

2790. У детей наиболее эффективным для лечения воспаления пульпы постоянных однокорневых зубов с неполностью сформированной верхушкой корня является метод:

1. глубокой ампутации
2. диатермокоагуляции
3. прижизненной ампутации коронковой пульпы
4. девитальной ампутации

2791. Тактика при случайной перфорации дна кариозной полости временного моляра у ребенка 5 лет, имеющего низкий уровень интенсивности кариеса:

1. лечение биологическим методом
2. лечение методом девитальной ампутации
3. лечение методом витальной ампутации
4. отсроченное пломбирование

2792. Метод лечения моляров, предпочтительный при хроническом пульпите в стадии обострения у ребенка 5 лет:

1. девитальной экстирпации
2. биологический
3. витальной ампутации коронковой пульпы
4. девитальной ампутации

2793. Наиболее эффективной при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов с незаконченным ростом корней и сохранением зоны роста у детей является паста:

1. кальцийсодержащая
2. резорцин-формалиновая
3. эвгеноловая
4. эндометазоновая

2794. Лучшим методом лечения зубосодержащих кист у детей является:

1. цистомия без удаления постоянных зубов из полости кисты

2. пломбирование за вершушку «причинных» зубов
3. пломбирование зуба с резекцией вершушек корня
4. цистомия с удалением постоянных зубов из полости кисты

2795. Критерием эффективности лечения пульпита в постоянных несформированных зубах является:

1. апексогенез
2. апексификация
3. формирование дентинного мостика
4. трехмерная obturация корневого канала

2796. Диспансерная группа детей раннего возраста включает детей:

1. до 3 лет
2. до 5 лет
3. с 3 до 5 лет
4. с 6 лет до 8 лет

2797. 2-я диспансерная группа детей:

1. практически здоровые дети, имеющие хроническое заболевание, не сказывающиеся на функции жизненно важных органов
2. дети с хроническими заболеваниями
3. здоровые дети
4. дети, не нуждающиеся в стоматологической помощи

2798. 1-й уровень участия медицинских учреждений в диспансеризации:

1. стоматологические кабинеты школ
2. отделения челюстно-лицевой хирургии
3. детские стоматологические поликлиники
4. стоматологические отделения лечебно-профилактических учреждений

2799. 3-я диспансерная группа детей:

1. дети с хроническими заболеваниями
2. практически здоровые дети, имеющие хроническое заболевание, не сказывающиеся на функции жизненно важных органов
3. здоровые дети
4. дети-инвалиды

2800. Нозологическая форма заболевания, обязательная для диспансерного наблюдения:

1. кариес зубов
2. заболевание слюнных желез
3. гингивит
4. ожог слизистой оболочки языка

2801. Окончание формирования корня после лечения пульпита методом витальной ампутации будет проходить по сравнению с симметричным зубом:

1. быстрее
2. медленнее
3. одновременно со здоровым симметричным зубом
4. формирование прекращается

2802. Эффективность лечения пульпита несформированных зубов ампутиационным методом контролируют рентгенологически:

1. через 3-6 месяцев, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня
2. через 3 недели, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня

3. однократно после завершения лечения
4. однократно через 1 год после лечения

2803. При хроническом периодонтите временного зуба может возникнуть в постоянных зубах:

1. местная гипоплазия эмали
2. системная гипоплазия эмали
3. несовершенный амелогенез
4. несовершенный одонтогенез

2804. Основной критерий эффективности лечения периодонтита постоянных зубов:

1. восстановление структуры костной ткани на рентгенограмме (апексофикация)
2. отсутствие боли при накусывании
3. отсутствие рецидивов воспаления
4. отсутствие свища на десне

2805. Задача врача при диспансеризации детей до 1 года в I диспансерной группе состоит в:

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

2806. Эндогенную профилактику кариеса временных зубов наиболее целесообразно проводить в:

1. антенатальный период
2. первое полугодие жизни
3. второе полугодие первого года жизни
4. третий год жизни

2807. Назначьте средства гигиены полости рта младшему школьнику с интактными зубами, живущему в местности с оптимальным содержанием фтора в питьевой воде:

1. гигиеническую зубную пасту
2. лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую фтор
3. лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую фосфорно-кальциевые соли
4. лечебно-профилактические зубные пасты с экстрактами лечебных трав

2808. Назначьте средства гигиены ребенку с III степенью активности кариеса:

1. лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора
2. лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав
3. гигиенические зубные эликсиры
4. гигиенические зубные пасты и эликсиры

2809. Для снижения кариесвосприимчивости назначают детям внутрь:

1. кальцинола
2. интерферон
3. имудон
4. лактобактерин

2810. Для снижения кариесвосприимчивости назначают детям внутрь с 7-летнего возраста:

1. берокка
2. бифидобактерин
3. йодид калия
4. метилурацил

2811. В целях профилактики кариеса у детей следует ограничить в рационе питания:

1. мясные консервы
2. кисломолочные продукты
3. зелень, овощи
4. сыры

2812. В целях профилактики кариеса у детей следует ограничить в рационе питания:

1. конфеты
2. творог
3. овощи
4. мясо

2813. Гигиеническое обучение ребенка необходимо начинать:

1. с 1 года
2. в период прорезывания первых временных зубов
3. в период прорезывания первых постоянных зубов
4. у первоклассников

2814. Герметизацию фиссур первых постоянных моляров рекомендуется проводить в возрасте:

1. 6-7 лет
2. 8-9 лет
3. 10-11 лет
4. 12-13 лет

2815. Проницаемость эмали понижается под действием:

1. глюконата кальция
2. углеводистой пищи
3. ультрафиолетового облучения
4. цитрусовые

2816. Клинические формы флюороза:

1. меловидно-крапчатая
2. чашеобразная
3. гипсовые зубы
4. рифленые зубы

2817. Для профилактической обработки эмали прорезавшихся постоянных зубов у кариесовосприимчивых детей применяют:

1. гель GC Tooth Mousse
2. 30% раствор нитрата серебра
3. 2% раствор пищевой соды
4. иодид калия

2818. Для профилактической обработки эмали прорезавшихся постоянных зубов у кариесовосприимчивых детей применяют:

1. фторлак
2. сафарейт
3. 2% раствор метиленового синего
4. р-р Шиллера-Писарева

2819. Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:

1. вертикальные борозды от режущего края до шеек зубов
2. эмаль стирается, обнаженный дентин водянистого цвета
3. наличие белых пятен и крапинок

4. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

2820. Группы зубов, которые чаще поражаются системной гипоплазией эмали:

1. первые моляры и фронтальные зубы
2. фронтальные
3. все группы зубов
4. резцы и вторые моляры

2821. Клинические проявления флюороза:

1. белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
2. слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
3. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
4. борозды параллельные режущему краю

2822. Жалобы больного при местной гипоплазии эмали на:

1. косметический недостаток
2. боли от горячего раздражителя
3. ночные боли
4. подвижность зубов

2823. Клиническая характеристика эмали зубов при местной гипоплазии:

1. пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
2. белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
3. слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
4. стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

2824. Клиническая характеристика эмали зубов при пятнистой форме флюороза:

1. изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках к оронки зуба
2. окрашивание коронок зубов в желтый цвет
3. симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
4. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

2825. На рентгенограмме при несовершенном дентиногенезе выявляют:

1. корневые каналы и полости зубов облитерируются вскоре после прорезывания зуба
2. расширение периодонтальной щели у верхушки корня
3. корни зубов нормальной длины
4. просвет корневого канала широкий

2826. Системная гипоплазия эмали зубов у детей в постоянных зубах развивается от:

1. болезней ребенка после рождения
2. травматических повреждений молочных зубов
3. нарушения состава микроэлементов в воде
4. множественного кариеса молочных зубов

2827. Причины местной гипоплазии эмали:

1. травматическое повреждение зачатка зуба
2. болезни матери во время беременности
3. болезни ребенка после рождения
4. вредные привычки матери во время беременности

2829. Причинные неблагоприятные факторы развития флюороза:

1. интоксикация фтором
2. хронический периодонтит молочного зуба

3. заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
4. передача патологии твердых тканей по наследству

2830. Причинные неблагоприятные факторы развития местной гипоплазии эмали:

1. хронический периодонтит молочного зуба
2. интоксикация фтором
3. заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
4. прием тетрациклина в период формирования зачатков зубов

2831. Факторы, влияющие на развитие системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

1. болезни ребенка после рождения, нарушение режима питания ребенка
2. болезни матери во II половине беременности
3. множественное поражение молочных зубов осложненным кариесом
4. болезни матери в I половине беременности

2832. Причины несовершенного развития и строения эмали и дентина:

1. генетические факторы
2. болезни матери во I половине беременности
3. болезни матери во II половине беременности
4. болезни ребенка во II полугодии первого года жизни

2833. Возможные изменения при местной гипоплазии эмали:

1. пигментированное пятно на эмали
2. рифленые зубы
3. облитерация полости зуба
4. поражение эмали всех моляров и фронтальных зубов

2834. Неотложной помощью при обострении хронического периодонтита после вскрытия полости зуба является:

1. удаление распада пульпы, раскрытие верхушки корня зуба, медикаментозная обработка канала, временное пломбирование канала пастой на основе гидроокиси кальция
2. удаление распада коронковой и корневой пульпы, назначение противовоспалительной терапии
3. раскрытие полость зуба, назначение теплые ротовые ванночки
4. разрез по переходной складке

2835. Эод при хронических пульпитах постоянных зубов:

1. 20-60 мкА
2. 2-6 мкА
3. 8-10 мкА
4. 10-20 мкА

2836. Проницаемость эмали повышается под действием:

1. углеводистой пищи
2. ультрафиолетового света
3. глюконата кальция
4. фторидсодержащих зубных паст

2837. Для лечебной прокладки при глубоком кариесе применяются:

1. прокладки на основе гидроокиси кальция
2. пасты с гормональными препаратами
3. пасты с антибиотиками
4. форфенан

2838. Основой лечебных прокладок - дикал, - кальци - пульп, - кальмецин является:

1. гидроокись кальция
2. антибиотик
3. антисептик
4. интерферон

2839. Для выявления кариозных пятен методом окрашивания применяют:

1. 2 % раствор метиленового синего
2. реактив Шиллера-Писарева
3. раствор йодистого калия
4. бриллиантовый зеленый

2840. Пломбирование каналов временных резцов с разрушением коронки производят:

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

2841. Для лечения кандидоза используют мази:

1. канестен (клотримазол)
2. гепариновую
3. бонафтоновую
4. солкосерил

2842. Кератопластические средства:

1. актовегин, солкосерил
2. неомициновая мазь
3. теброфеновая мазь
4. клотримазол

2843. Лекарственные средства, вызывающие химические ожоги слизистой оболочки полости рта:

1. формалин
2. картолин
3. лизоцим
4. витаон

2844. Выбор метода лечения пульпита у детей зависит от:

1. диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития
2. возраста ребенка, наличия сопутствующей соматической патологии
3. стадии развития зубов и их групповой принадлежности
4. только групповой принадлежности зубов

2845. Устранение действующей причины при локальном пародонтите приводит к:

1. стабилизации процесса
2. переходу в следующую фазу заболевания
3. выздоровлению
4. не влияет на течение заболевания

2846. Лечение хронического катарального гингивита:

1. гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
2. гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа

3. обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
4. обезболивание, массаж, смазывание десен кератопластиками

2847. Лечение гипертрофического гингивита:

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

2848. Лечение атрофического гингивита:

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

2849. Лечение язвенно-некротического гингивита:

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

2850. Острый токсический периодонтит развивается:

1. при передозировке и при несвоевременном удалении пульпы после наложения мышьяковистой пасты
2. при выведении за верхушку пломбировочного материала
3. после проведения резорцин-формалинового метода
4. при медикаментозной обработке канала 3 % гипохлоритом натрия

2851. Методика лечения кариеса в стадии меловидного пятна постоянных зубов:

1. аппликация реминерализующих препаратов
2. препарирование с последующим пломбированием
3. аппликация раствора гидрокарбоната натрия
4. импрегнация 30% раствором нитрата серебра

2852. Возраст ребенка, при котором можно проводить пломбирование постоянных резцов композиционными материалами при гипоплазии зубов:

1. старше 12 лет
2. сразу после их прорезывания
3. 7-8 лет
4. 8-9 лет

2853. Для лечения начальных форм кариеса постоянных зубов у детей применяется:

1. гель ROCS Medical Minerals
2. раствор нитрата серебра 30%
3. р-р Шиллера-Писарева
4. гипохлорит натрия

2854. Для лечебной прокладки при глубоком кариесе применяются:

1. препараты на основе гидроокиси кальция
2. паста с гормональными препаратами
3. паста с антибиотиками
4. резорцин-формалиновая паста

2855. При лечении среднего кариеса временных моляров можно без прокладки применять:

1. стеклоиономерный цемент
2. силидонт
3. композитные материалы
4. силицин

2856. Пломбировочные материалы, применяемые без прокладки для лечения среднего кариеса постоянных несформированных резцов:

1. компомеры
2. амальгаму
3. композитные материалы
4. силицин

2857. При наличии свища на десне при хроническом гранулирующем периодонтите тактика по отношению к причинному временному зубу показано:

1. удаление зуба
2. эндодонтическое лечение без выведения материала за верхушку
3. эндодонтическое лечение без выведения материала за верхушку с последующей пластикой свищевого хода
4. эндодонтическое лечение с выведением материала за верхушку

2858. Стеклоиономерные цементы используют при лечении среднего кариеса зубов:

1. всех молочных и постоянных зубов
2. только молочных несформированных
3. только молочных сформированных
4. только постоянных несформированных

2859. При лечении среднего кариеса временных резцов и клыков можно без прокладки применять:

1. стеклоиономерные цементы
2. амальгаму
3. композитные материалы
4. силицин

2860. Зуб 5.1 у ребёнка трёх лет при переломе на уровне шейки зуба рекомендуется:

1. сохранить, проведя эндодонтическое лечение
2. удалить
3. оставить под наблюдением
4. сохранить, используя культевую штифтовую вкладку

2861. Показанием к методу девитальной ампутации являются все формы пульпита в:

1. временных молярах независимо от стадии развития и в несформированных постоянных молярах
2. временных молярах независимо от стадии развития корня
3. сформированных постоянных молярах
4. несформированных постоянных молярах

2862. Показанием к лечению пульпита методом витальной ампутации является:

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

2. перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы
3. хронический гангренозный пульпит в постоянном однокорневом зубе с несформированным корнем
4. все формы пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня

2863. При лечении временных моляров методом девитальной ампутации во второе посещение:

1. раскрывают полость зуба, удаляют коронковую пульпу и оставляют на несколько дней тампон с резорцин-формалиновой смесью под дентинную повязку
2. удаляют пульпу из коронки зуба и корневых каналов, пломбируют каналы цементом
3. после ампутации пульпы накладывают резорцин-формалиновую пасту, прокладку и пломбу
4. после ампутации пульпы оставляют пасту на основе гидроокиси кальция, прокладку и пломбу

2864. Методом высокой ампутации проводят лечение:

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

2865. Предпочтительный метод лечения хронического гангренозного пульпита в несформированном однокорневом постоянном зубе:

1. высокая ампутация
2. девитальная ампутация
3. девитальная экстирпация
4. витальная экстирпация

2866. Каналы временных сформированных однокорневых зубов при пульпите предпочтительнее пломбировать:

1. пастой из окиси цинка на масляной основе
2. фосфат-цементом
3. гуттаперчевыми штифтами
4. серебряными штифтами

2867. При лечении хронического гранулирующего периодонтита постоянного резца с несформированным корнем вне стадии обострения следует:

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

2868. При хроническом гранулирующем периодонтите сформированного однокорневого зуба со свищем в первое посещение после эндодонтической обработки следует:

1. запломбировать канал
2. зуб оставить открытым
3. наложить временную пломбу (повязку)
4. направить на физиотерапию

2869. При хроническом гранулирующем периодонтите постоянного однокорневого несформированного зуба после удаления грануляции в это же посещение проводят:

1. пломбирование канала пастой
2. противовоспалительную терапию
3. физиотерапевтические процедуры

#### 4. канал зуба оставляют открытым

2870. Рациональная тактика при хроническом периодонтите временных зубов у ребенка, страдающего пиелонефритом:

1. удаление зуба
2. пломбирование каналов пастой на масляной основе
3. пломбирование каналов пастой на основе гидроокиси кальция
4. пломбирование каналов резорцин-формалиновой пастой

2871. При лечении хронического периодонтита постоянного однокорневого зуба со сформированным корнем вне обострения:

1. вскрыть полость зуба, раскрыть ее, удалить распавшуюся коронковую и корневую пульпу, промыть антисептиками канал, раскрыть верхушку корня, запломбировать канал
2. в первое посещение обработать настойкой йода переходную складку и соседние зубы, обработать кариозную полость, раскрыть полость зуба, оставить зуб открытым
3. раскрыть полость зуба, удалить распад из канала, назначить теплые ротовые ванночки
4. удалить распад из канала, оставить турунду с антисептиком

2872. Рациональный метод лечения гипоплазии твердых тканей постоянных фронтальных зубов у ребенка 8 лет:

1. пломбирование стеклоиономерными цементами с последующим восстановлением стандартными защитными коронками
2. протезирование фарфоровыми коронками
3. пломбирование композитными материалами
4. динамическое наблюдение

2873. Предпочтительный метод лечения несформированного однокорневого зуба при хроническом фиброзном пульпите:

1. витальная ампутация
2. девитальная ампутация
3. девитальная экстирпация
4. витальная экстирпация

2874. Метод серебрения применяют при лечении:

1. начальных форм кариеса временных зубов
2. начальных форм кариеса постоянных зубов
3. хронического гранулирующего периодонтита
4. хронического фиброзного пульпита

2875. Препарирование временных зубов показано при:

1. среднем кариесе
2. поверхностном кариесе
3. кариесе в стадии пятна при быстротекущем кариесе
4. кариесе в стадии пятна при медленнотекущем кариесе

2876. На первом месте по частоте поражения кариесом у детей 6 лет стоят:

1. молочные моляры
2. молочные резцы
3. молочные клыки
4. постоянные клыки

2877. Причиной пульпита в постоянных резцах с несформированными корнями чаще является:

1. перелом части коронки зуба

2. нарушение техники препарирования кариозной полости
3. обработка кариозной полости при глубоком кариесе 3% раствором перекиси водорода, спиртом, эфиром
4. нелеченый кариес

2878. Показанием к лечению пульпита методом витальной ампутации является:

1. перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 ч. после травмы
2. перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 ч. после травмы
3. хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном однокорневом зубе
4. любая форма пульпита во временных однокорневых зубах со сформированными корнями

2879. Показанием к лечению пульпита методом девитальной ампутации является:

1. любая форма пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня и постоянных несформированных молярах
2. перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 ч. после травмы
3. перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 ч. после травмы
4. хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном однокорневом зубе

2880. Показанием к лечению пульпита методом высокой ампутации является:

1. перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 ч. после травмы
2. перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 ч. после травмы
3. плоскостная форма среднего или глубокого кариеса молочных зубов, исключающая фиксацию пломбы
4. хронический фиброзный пульпит в постоянных несформированных однокорневых зубах

2881. Во временном прикусе при лечении вывихов зубов рекомендуется использовать шину пластмассовую:

1. назубную
2. зубнаддесневую
3. Вебера
4. Ванкевич

2882. Пришеечная область временных резцов минерализуется у ребенка:

1. в первые 3-4 месяца после рождения
2. до рождения
3. сразу после прорезывания зуба
4. к концу первого года жизни

2883. Кариозные пятна выявляются на поверхности зубов:

1. вестибулярной
2. контактной
3. жевательной
4. в области режущего края

2884. Жалобы при ушибе временных и постоянных зубов в первые 2-3 дня после травмы:

1. чувство выросшего зуба, отказ от твердой пищи
2. постоянные ноющие боли
3. интенсивные приступообразные ночные боли
4. боли от температурных раздражителей

2885. Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста:

1. хронический гранулирующий периодонтит
2. хронический гранулематозный периодонтит

3. хронический фиброзный периодонтит
4. хронический периодонтит в стадии обострения

2886. Для дифференциальной диагностики острого периодонтита и обострения хронического используют:

1. рентгенологический метод
2. окрашивание зубов раствором Шиллера-Писарева
3. ЭОД
4. перкуссия зуба

2887. Острый инфекционный периодонтит является исходом:

1. острого диффузного пульпита
2. травмы зуба
3. хронического фиброзного пульпита
4. передозировки мышьяковистой пасты

2888. Корень в стадии несформированной верхушки на рентгенограмме проецируется:

1. короче нормальной длины, корневого канал широкий, расширяющийся у верхушки корня
2. нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие узкое
3. нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие широкое
4. нормальной длины, периодонтальная щель у верхушки корня широкая

2889. Корень в стадии незакрытой верхушки на рентгенограмме проецируется:

1. нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие широкое
2. нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие узкое
3. короче нормальной длины, корневого канал узкий
4. нормальной длины, апикальное отверстие узкое, периодонтальная щель у верхушки корня широкая

2890. Форма пульпита, преимущественно выявляемая во временных зубах при плановой санации полости рта у детей:

1. хронический фиброзный
2. острый диффузный
3. хронический гангренозный
4. хронический гипертрофический

2891. Фиброзную форму гипертрофического гингивита следует дифференцировать от:

1. фиброматоза десен
2. пародонтита
3. хронического катарального гингивита
4. атрофического гингивита

2892. Клинические формы флюороза

1. меловидно-крапчатая
2. чашеобразная
3. бороздчатая
4. гипсовые зубы

2893. Клиническая характеристика эмали зубов при системной гипоплазии:

1. симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
2. окрашивание коронок зубов в желтый цвет
3. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
4. хрупкая, слущивающаяся эмаль

2894. Клиническая форма гипоплазии эмали:

1. бороздчатая
2. дисплазия Капдепона
3. рифленая эмаль
4. меловидно-крапчатая

2895. По клиническому проявлению системной гипоплазии можно определить:

1. возраст, в котором ребенок перенес причинное заболевание
2. сроки прорезывания пораженной группы зубов
3. наследственность
4. заболевания, приведшие к формированию гипоплазии

2896. Клинические проявления при географическом языке:

1. неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
2. нитевидные сосочки спинки языка белого цвета, резко увеличены в размере
3. глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
4. на спинке языка эрозия округлой формы, покрытая фибринозным налетом

2897. Клинические проявления при складчатом языке:

1. глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
2. неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
3. нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере
4. налет на спинке языка

2898. Для первого года жизни ребенка наиболее типично заболевание:

1. молочница
2. хронический гингивит
3. хейлит
4. медикаментозный стоматит

2899. Клиническая картина при полном вывихе временного или постоянного зуба:

1. лунка зуба пустая
2. укорочение видимой части коронки
3. увеличение видимой части коронки
4. смещение коронки в сторону

2900. В постоянном прикусе у детей среди всех видов травмы зубов преобладает:

1. перелом коронки
2. ушиб
3. перелом корня
4. вывих

2901. Доза фтора в питьевой воде, при которой развивается деструктивная форма флюороза:

1. 7-9 и выше мг/л
2. 0,5 мг/л
3. 1 мг/л
4. 2-3 мг/л

2902. Причины острого травматического периодонтита:

1. ушиб зуба
2. обработка корневого канала иодиолом
3. передозировка мышьяковистой пасты

4. обработка корневого канала хлорфиллиптом

2903. Клинические проявления инфекционного острого периодонтит:

1. боль при накусывании на зуб, отек мягких тканей лица
2. иррадиирующие приступообразные боли
3. ЭОД до 20 мкА
4. боли от температурных раздражителей

2904. Клинические проявления острого токсического периодонтита:

1. боль при накусывании на зуб
2. отек мягких тканей лица
3. свищ на десне с гнойным отделяемым
4. отсутствуют

2905. Жалобы больного при местной гипоплазии эмали:

1. косметический недостаток
2. боли при перкуссии
3. боли от горячего раздражителя
4. ночные боли

2906. У детей в воспалительный процесс могут вовлекаться окружающие зуб ткани (периодонт, кость, надкостница) региональные лимфоузлы и мягкие ткани лица при пульпите:

1. остром диффузном
2. хроническом гангренозном вне стадии обострения
3. хроническом гипертрофическом
4. остром очаговом

2907. Клинические признаки хронического периодонтита в любом возрасте:

1. пульпа некротизирована в коронковой и корневой части полости зуба
2. пульпа болезненна только в устьях корневых каналов
3. боль при накусывании на зуб
4. кариозная полость на контактной поверхности молочного моляра, препарирование безболезненно

2908. Характерные изменения в полости рта при остром лейкозе:

1. язвенно-некротические процессы
2. лаковый язык
3. эрозии эмали
4. полиморфная сыпь

2909. При атопическом хейлите в углах рта образуются:

1. лихенизация, трещины, мокнутие
2. эрозии с гнойным отделяемым
3. «медовые» корки
4. эрозии с влажным белым налетом

2910. Клинические проявления при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (храс):

1. эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом
2. пустулы, толстые соломенно-желтые корки
3. творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка
4. папулы

2911. Клинические проявления при молочнице:

1. творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

2. пустулы, толстые соломенно-желтые корки
3. эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом
4. эрозии неправильных очертаний

2912. Клинические проявления при пиодермии:

1. пустулы, толстые соломенно-желтые корки
2. эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом
3. творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка
4. эрозии неправильных очертаний

2913. Одонтогенная инфекция как причина острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает у детей в возрасте:

1. 6-8 лет
2. 2-3 года
3. 3-4 года
4. 1-2 года

2914. У детей 2-3 лет среди указанных причин острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает инфекция:

1. одонтогенная от зубов нижней челюсти
2. острая респираторно-вирусная
3. постравматическая
4. одонтогенная от зубов верхней челюсти

2915. Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 10-14 лет являются зубы:

1. 4.6, 3.6
2. 4.5, 4.4, 3.4, 3.5
3. 1.6, 2.6
4. 1.5, 1.4, 2.4, 2.5

2916. Розовое окрашивание коронки сразу после ушиба или в первые 2-3 дня чаще происходит в зубах:

1. сформированных однокорневых
2. не сформированных однокорневых
3. сформированных многокорневых
4. не сформированных многокорневых

2917. Метод витальной окраски выявляет очаговую деминерализацию при:

1. белом кариозном пятне
2. эрозии эмали
3. пятнистой форме гипоплазии
4. кариозном пигментированном пятне

2918. Интенсивность поражения кариесом в период сменного прикуса определяется индексом:

1. КПУ+кп
2. СРТИН
3. КПУ
4. ГИ

2919. Рентгенологически при хронических формах пульпита в межкорневом пространстве у временных моляров чаще выявляется:

1. остеопороз

2. расширение периодонтальной щели
3. остеосклероз
4. гиперцементоз

2920. При хроническом гранулирующем периодонтите на рентгенограмме:

1. очаг разрежения костной ткани разных размеров без четких границ
2. очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером до 5 мм
3. расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба
4. очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером свыше 1 см в диаметре

2922. Хронический гранулематозный периодонтит на рентгенограмме определяется в виде:

1. разрежения костной ткани округлой формы с четкими контурами до 5 мм в диаметре
2. расширения периодонтальной щели на ограниченном участке
3. расширения периодонтальной щели на всем протяжении
4. разрежение костной ткани с нечеткими контурами

2923. Расширение периодонтальной щели в области верхушки корня, характерно для периодонтита:

1. хронического фиброзного
2. хронического гранулирующего
3. хронического гранулематозного
4. для всех форм

2924. При рентгенодиагностике острого периодонтита выявляется:

1. отсутствие изменений на рентгенограмме
2. очаг разрежения костной ткани с четким контуром
3. расширение периодонтальной щели у верхушки корня
4. исчезновение периодонтальной щели у верхушки корня

2925. Для челюстных костей детского возраста характерны следующие анатомические особенности:

1. губчатое вещество преобладает над компактным, слабо минерализовано, хорошо васкуляризировано
2. компактный слой преобладает над губчатым веществом, которое хорошо минерализовано, слабо васкуляризировано
3. компактный слой преобладает над губчатым, слабо минерализован и васкуляризирован
4. губчатое вещество преобладает над компактным, хорошо минерализовано, слабо васкуляризировано

2926. При легкой степени пародонтита на R-грамме выявляются изменения:

1. резорбция компактных пластинок и вершины межзубных перегородок
2. резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 1/2 корня
3. сохранность кортикальной пластинки лунок зубов
4. нет изменений в костной ткани альвеолярного отростка

2927. Изменения костной ткани межзубных перегородок на рентгенограммах выявляются при:

1. локальном пародонтите
2. генерализованном гингивите
3. локальном и генерализованном гингивите
4. атрофическом гингивите

2928. Формалиновая проба положительна при:

1. пародонтите

2. катаральном гингивите
3. гипертрофическом гингивите
4. атрофическом гингивите

2929. Поверхностные грибковые поражения слизистой оболочки полости рта вызывают:

1. кандида
2. эпидермофиты
3. актиномицеты
4. трихофиты

2930. Возбудителем молочницы является:

1. грибы Candida
2. фузобактерии
3. актиномицеты
4. спирохеты

2931. Этиология пиодермии:

1. инфекционная
2. грибковая
3. инфекционно-аллергическая
4. вирусная

2932. Этиология хронического рецидивирующего афтозного стоматита (храс):

1. инфекционно-аллергическая
2. инфекционная
3. вирусная
4. паразитарная

2933. Этиология герпангины:

1. вирусная
2. грибковая
3. инфекционная
4. аллергическая

2934. Этиология молочницы:

1. грибковая
2. инфекционная
3. вирусная
4. аллергическая

2935. Этиология многоформной экссудативной эритемы (мээ):

1. инфекционно-аллергическая
2. инфекционная
3. вирусная
4. наследственная

2936. Возбудителем герпангины является:

1. вирус Коксаки и Есно
2. вирус простого герпеса
3. вирус ветряной оспы
4. вирус иммунодефицита

2937. Дифтерийные пленки содержат:

1. фибрин и клетки возбудителя заболевания
2. нити псевдомицелия
3. почкующиеся клетки гриба
4. обрывки эпителия и остатки пищи

2938. При остром герпетическом стоматите в мазках содержимого пузырьков и соскобов с поверхности афт в первые 2-4 дня заболевания обнаруживается:

1. гигантские многоядерные клетки
2. большое количество мицелия гриба
3. почкующиеся клетки
4. фузобактерии

2939. Возбудителем дифтерии является:

1. палочка Леффлера
2. гемолитический стрептококк
3. вирус Коксаки
4. актиномицеты

2940. При кандидозе в соскобах обнаруживается:

1. почкующиеся клетки грибов Candida
2. гигантские эпителиальные клетки
3. многоядерные клетки
4. скопления кокков

2941. Возбудителем острого герпетического стоматита является:

1. вирус простого герпеса
2. микрофлора полости рта
3. вирусная Мiх инфекция
4. вирус Коксаки

2942. Для поверхностного кариеса характерны симптомы:

1. зондирование безболезненно
2. боль при зондировании по дну кариозной полости в одной точке
3. боль при зондировании стенок кариозной полости
4. зондирование болезненно по всему дну кариозной полости

2943. Болевые ощущения при зондировании по эмалево-дентинной границе характерны для:

1. среднего кариеса
2. кариеса в стадии пятна
3. глубокого кариеса
4. хронического пульпита

2944. При кариесе в стадии пятна эмаль:

1. гладкая, зондирование безболезненно
2. шероховатая, зондирование болезненно
3. шероховатая, зондирование безболезненно
4. легко удаляется экскаватором

2945. При поверхностном кариесе эмаль:

1. шероховатая, зондирование безболезненно
2. гладкая, зондирование безболезненно
3. шероховатая, зондирование болезненно
4. кариозная полость в пределах эмали и наружных слоев дентина

2946. Болевые ощущения при зондировании дна кариозной полости в одной точке характерно для:

1. хронического фиброзного пульпита
2. среднего кариеса
3. хронического гангренозного пульпита
4. хронического периодонтита

2947. Поверхностное зондирование пульпы безболезненно при пульпите:

1. хроническом гангренозном
2. хроническом фиброзном
3. хроническом гипертрофическом
4. хроническом в стадии обострения

2948. Симптомы, характерные для острого диффузного пульпита:

1. боли самопроизвольные, ночные, приступообразные, длительные, с короткими светлыми промежутками, иррадиирующие
2. боли постоянные, усиливающиеся при накусывании на зуб
3. переходная складка свободная, безболезненная при пальпации
4. боли и кровоточивость при попадании пищи в кариозную полость

2949. Зондирование пульпы болезненно в глубине полости зуба или в устьях каналов при хроническом пульпите:

1. гангренозном
2. фиброзном
3. гипертрофическом
4. хроническом фиброзном в стадии обострения

2950. Клинические проявления острого периодонтита:

1. боль при накусывании на зуб, отек десны
2. боль от температурных раздражителей
3. свищ на десне с гнойным отделяемым
4. длительные приступообразные боли с короткими светлыми промежутками

2951. Ведущим методом для определения формы хронического периодонтита является:

1. рентгенологический
2. ЭОД
3. трансиллюминационный
4. определение индекса РМА

2952. Болезненное зондирование в глубине полости зуба характерно для пульпита:

1. хронического гангренозного
2. острого очагового
3. хронического фиброзного
4. хронического гипертрофического

2953. Для среднего кариеса характерны симптомы:

1. боль при препарировании стенок кариозной полости
2. боль при зондировании в глубине полости зуба
3. зондирование болезненно по всему дну кариозной полости
4. зондирование болезненно в одной точке дна кариозной полости

2954. Для глубокого кариеса характерны симптомы:

1. зондирование болезненно по всему дну кариозной полости

2. боль при зондировании в глубине полости зуба
3. боль при препарировании стенок кариозной полости
4. зондирование болезненно в одной точке дна кариозной полости

2955. Факторы, способствующие развитию локального хронического гингивита:

1. скученность зубов
2. заболевания желудочно-кишечного тракта
3. заболевания крови
4. экссудативный диатез

2956. Клинические признаки хронического катарального гингивита:

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

2957. При легкой степени пародонтита карманы:

1. глубиной до 3 мм
2. глубиной до 6 мм
3. ложные десневые
4. глубиной до 1 см

2958. Клинические признаки атрофического гингивита:

1. десна бледная, ретракция десны 1-3 мм
2. кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
3. десна увеличена в размере, деформирована
4. десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах

2959. Клинические признаки гипертрофического гингивита:

1. десна увеличена в размере, деформирована
2. кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
3. десна бледная, ретракция десны 1-3 мм
4. десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах

2960. Клинические признаки язвенно-некротического гингивита:

1. десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах
2. кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
3. десна увеличена в размере, деформирована
4. десна гиперемирована, отечна

2961. Образование пузырьков на коже лица характерно при:

1. ОГС (остром герпетическом стоматите)
2. МЭЭ (многоформной экссудативной эритеме)
3. ХРАС (хроническом рецидивирующем афтозном стоматите)
4. лейкоплакии

2962. К концу первого года у здорового ребенка должно прорезаться зубов не менее:

1. 8
2. 4
3. 6
4. 10

2963. К концу второго года жизни у ребенка должны прорезаться зубы:

1. молочные фронтальные зубы и первые моляры
2. все молочные
3. только нижние центральные молочные резцы
4. молочные фронтальные зубы

2964. Все временные зубы у ребенка должны прорезаться к:

1. 2,5–3 годам
2. концу первого года
3. концу второго года
4. 6-7 годам

2965. Корни временных резцов заканчивают формирование к:

1. 2 годам
2. 3 годам
3. 4 годам
4. 5 годам

2966. Корни временных клыков формируются к:

1. 5 годам
2. 2 годам
3. 3 годам
4. 4 годам

2967. Корни временных моляров формируются к:

1. 4 годам
2. 2 годам
3. 5 годам
4. 6 годам

2968. Патологическая резорбция корней наблюдается:

1. при хроническом периодонтите
2. в интактных зубах с живой пульпой
3. при хроническом фиброзном пульпите
4. при хроническом гангренозном пульпите

2969. Физиологическая резорбция корней временных зубов начинается в среднем:

1. через 3 года после окончания формирования корней зубов
2. через 1 год после прорезывания зубов
3. через 2 года после прорезывания
4. через 3 года после прорезывания зубов

2970. Ростковая зона корня на рентгенограмме определяется как очаг разрежения кости:

1. ограниченный по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом
2. с четкими контурами у верхушки корня с широким каналом
3. с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом
4. с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с узким каналом

2971. Корни постоянных резцов и первых моляров заканчивают свое формирование к:

1. 10 годам
2. 11 годам
3. 12 годам
4. 13 годам

2972. Корни премоляров заканчивают свое формирование к:

1. 12 годам
2. 10 годам
3. 13 годам
4. 15 годам

2973. Толщина эмали после прорезывания зуба с увеличением возраста ребенка:

1. уменьшается в результате физиологического стирания
2. увеличивается в результате функционирования энамелобластов
3. не изменяется, т.к. энамелобласты после формирования коронки отсутствуют
4. увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии

2974. Толщина дентина после прорезывания зуба с увеличением возраста ребенка:

1. увеличивается в результате функционирования одонтобластов
2. увеличивается в результате функционирования энамелобластов
3. не изменяется, т.к. одонтобласты после формирования коронки отсутствуют
4. увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии

2975. Возможные изменения при местной гипоплазии эмали:

1. пигментированное пятно на эмали
2. рифленные зубы
3. облитерация полости зуба
4. поражение эмали всех моляров и фронтальных зубов

2976. Корни постоянных вторых моляров заканчивают свое формирование к:

1. 15 годам
2. 10 годам
3. 13 годам
4. 16 годам

2977. Болезненность при препарировании среднего кариеса выражена:

1. по стенкам кариозной полости
2. на дне кариозной полости в одной точке
3. по стенкам кариозной полости и всему дну
4. не выражена

2978. Пятна при быстром развитии кариеса:

1. меловидные, зондирование безболезненно
2. блестящие, зондирование безболезненно
3. пигментированные, зондирование болезненно
4. пигментированные, зондирование безболезненно

2979. Форма пульпита, при которой кариозная полость всегда сообщается с полостью зуба:

1. хронический гипертрофический
2. острый очаговый
3. острый диффузный
4. хронический фиброзный

2980. Хронический гипертрофический пульпит является следствием пульпита:

1. хронического фиброзного
2. острого очагового
3. острого диффузного
4. хронического гангренозного

2981. Формы пульпита, при которых возможна болезненная перкуссия, припухлость и болезненность регионарных лимфоузлов, гиперемия и отек по переходной складке:

1. хронический в стадии обострения
2. фиброзный
3. гипертрофический
4. острый очаговый

2982. Частой причиной пульпита во временных зубах является:

1. нелеченный кариес
2. механическая травма пульпы
3. термическая травма пульпы
4. ретроградное инфицирование пульпы

2983. При глубоком кариесе зондирование болезненно:

1. по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит быстро
2. в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит быстро
3. в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит медленно
4. по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит медленно

2984. Общее состояние и самочувствие больного многоформной экссудативной эритемой:

1. температура тела повышена, прием пищи болезненный, головная боль, боли в мышцах, суставах
2. температура тела нормальная, прием пищи безболезненный
3. температура тела нормальная, головная боль, боли в мышцах, суставах
4. головная боль, температура тела субфебрильная

2985. При кандидозе на слизистой оболочке рта выявляют:

1. белый творожистый налет
2. фибринозный налет
3. папулы
4. пятна Филатова-Коплика

2986. Проявления врожденного сифилиса в полости рта:

1. папулы округлой или овальной формы
2. гнойные корки на губах
3. афты, сливающиеся эрозии
4. разлитая эритема

2987. Для хронического рецидивирующего афтозного стоматита (храс) характерны:

1. единичные эрозии округлой или овальной формы, покрытые фибринозным налетом
2. множественные пузырьковые высыпания, в том числе на красной кайме губ
3. пузыри на разных участках слизистой оболочки рта
4. разлитая эритема, уртикарная сыпь

2988. Симптом никольского положителен при:

1. пузырчатке
2. сифилисе
3. многоформной эритеме
4. пиодермии

2989. Для сухой формы эксфолиативного хейлита характерно:

1. чешуйки, плотно фиксированные в центре и приподнятые по краям
2. эрозии

3. массивные гнойные корки
4. трещины на губах, покрытые влажным белым налетом

2990. Географический язык характеризуется клиническими признаками:

1. неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
2. нитевидные сосочки темного цвета резко увеличены в размере
3. обильный белый налет на спинке языка
4. плотный темно-коричневый налет на спинке языка

2991. Экссудативный диатез в анамнезе характерен при:

1. атопическом (экзематозном) хейлите
2. афтах Беднара
3. инфекционном хейлите
4. сифилисе

2992. Первичным элементом поражения слизистой оболочки рта является:

1. пятно
2. язва
3. эрозия
4. рубец

2993. При ангулярном хейлите грибковой этиологии в углах рта образуются:

1. эрозии с влажным белым налетом
2. эрозии с гнойным отделяемым
3. медовые корки
4. кровяные массивные корки

2994. Характерные изменения при травме слизистой оболочки полости рта:

1. единичные эрозии неправильных очертаний слабо болезненные или безболезненные
2. единичные эрозии округлой или овальной формы резко болезненные
3. пузыри на разных участках слизистой оболочки полости рта
4. белый творожистый налет на слизистой оболочке полости рта

2995. Уменьшение клинической высоты коронки зуба характерно для:

1. вколоченного вывиха
2. ушиба зуба
3. вывиха зуба без смещения
4. полного вывиха

2996. Вторичным элементом поражения при остром герпетическом стоматите является:

1. эрозия
2. папула
3. пузырек
4. пятно

2997. Дифференциальная диагностика фолликулярной кисты проводится с:

1. радикулярной кистой
2. одонтомой
3. цементомой
4. репаративной гранулемой

2998. Недоразвитие эмали и дентина отмечается при синдроме:

1. Стентона-Капдепона

2. эктодермальной дисплазии
3. Мелькерсона-Розенталя
4. кошачьего крика

2999. Травматическое повреждение, наиболее характерное для ребенка раннего возраста:

1. вколоченный вывих временного зуба
2. перелом корня зуба
3. перелом челюсти
4. вывих височно-нижнечелюстного сустава

3000. Афты Беднара относятся к заболеванию слизистой оболочки полости рта:

1. хроническая травма слизистой
2. хронический рецидивирующий афтозный стоматит
3. острый герпетический стоматит
4. вторичный сифилис

3001. Врожденный сифилис в полости рта может проявляться в виде:

1. эрозий с фестончатыми краями
2. афты и эрозий
3. папулы округлой или овальной формы
4. гнойных корок на губах

3002. Отверткообразная или бочкообразная форма коронки и полулунная выемка на режущем крае центральных резцов характерны для зубов:

1. Гетчинсона
2. Пфлюгера
3. Фурнье
4. Тернера

3003. Синодонтия проявляется:

1. сращением зубов
2. расщеплением зубов
3. инвагинацией зубов
4. выпячиванием зубов

3004. Возбудителем герпангины является:

1. вирус коксаки
2. вирус простого герпеса
3. вирус гриппа
4. цитомегаловирус

3005. Идиопатическое заболевание с прогрессирующим лизисом тканей пародонта это синдром:

1. Папийона – Лефевра
2. Блоха-Сульцбергера
3. Стентона – Капдепона
4. Аспергера

3006. В результате воспаления в периапикальных тканях временных зубов развивается киста:

1. фолликулярная
2. радикулярная
3. назоальвеолярная
4. кератокиста

3007. Первичным лечебным мероприятием при кровотечениях является:

1. остановка кровотечения
2. оценка кровопотери
3. усиление коагулирующих свойств крови
4. восполнение кровопотери

3008. Хирургическую коррекцию уздечки верхней губы целесообразно проводить в возрасте:

1. старше 8 лет
2. 1-3 лет
3. 3-6 лет
4. 6-8 лет

3009. Для лечения острого герпетического стоматита в первые дни назначают:

1. ацикловир
2. масло шиповника
3. метронидазол
4. флюкостат

3010. Врачебная тактика при полном вывихе временного зуба:

1. реплантации не подлежит
2. зуб обязательно должен быть реплантирован
3. если до смены зуба остается менее одного года, зуб не репланируется
4. временный зуб должен быть реплантирован, если до его смены остается более двух лет

3011. Целесообразное лечение полного вывиха постоянного резца со сформированным корнем:

1. реплантация зуба с предварительным его пломбированием
2. возмещение дефекта съемным протезом
3. реплантация зуба без пломбирования
4. имплантация

3012. При лечении острого герпетического стоматита применяют ацикловир в дозировке (мг/кг массы тела):

1. 20
2. 200
3. 250
4. 500

3013. Во избежание рецидива кандидоза лечение должно продолжаться:

1. 7-12 дней после ликвидации налета
2. 7 дней
3. до полной ликвидации налета
4. 5 дней

3014. Для местного применения при лечении кандидоза применяют:

1. 1-2% раствор пищевой соды
2. 10-20% раствор пищевой соды
3. инстилляции интерферона
4. противомикробные мази

3015. Местная терапия экзематозного хейлита предусматривает применение:

1. мази Оксикорт
2. гигиенической губной помады
3. мази Клотримазол

#### 4. мази Ацикловир

3016. Сроки коррекции рубцовых деформаций мягких тканей, вызывающих функциональные нарушения:

1. через 8-10 мес после заживления раны
2. сразу после обнаружения
3. через 5 лет после травмы
4. после окончания формирования и роста тканей

3017. При лечении вколоченного вывиха временных несформированных резцов необходимо:

1. щадящая диета, противовоспалительное лечение, динамическое наблюдение, удаление при нарастании воспаления
2. вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
3. репозиция
4. удаление зуба

3018. При лечении ушиба однокорневого временного зуба необходимо:

1. сошлифовывание зубов-антагонистов, щадящая диета
2. удаление травмированного зуба
3. эндодонтическое лечение
4. шинирование зуба

3019. Тактика врача при неполном вывихе временного зуба со смещением:

1. удаление зуба
2. репозиция
3. динамическое наблюдение за зубом
4. эндодонтическое лечение

3020. При лечении полного вывиха временных зубов необходимо:

1. рациональное протезирование при отсутствии зуба
2. динамическое наблюдение без вмешательства
3. при сохранности зуба — пломбирование канала
4. шинирование реплантированного зуба на 3-4 недели

3021. Для профилактики кандидоза нистатин назначают при лечении препаратами:

1. антибиотиками
2. противовирусными
3. антигистаминными
4. анальгетиками

3022. Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:

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

3023. Клиническая характеристика эмали при тетрациклиновых зубах:

1. окрашивание коронок зубов в желтый цвет
2. симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
3. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
4. стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

3024. Причинные неблагоприятные факторы развития несовершенного одонтогенеза (дисплазии Капдепона):

1. передача патологии твердых тканей по наследству
2. хронический периодонтит молочного зуба
3. заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
4. вколоченный вывих молочных зубов

3025. Заболевания, являющиеся наследственными:

1. несовершенный амелогенез
2. системная гипоплазия
3. тетрациклиновые зубы
4. местная гипоплазия

3026. Основным методом обезболивания при удалении временных зубов верхней челюсти является анестезия:

1. инфильтрационная
2. инфраорбитальная
3. туберальная
4. внутрикостная

3027. Наилучший эффект обезболивания при удалении постоянных моляров нижней челюсти у детей достигается анестезией:

1. аппликационной + торусальной
2. аппликационной + инфильтрационной
3. аппликационной + туберальной
4. аппликационной + интралигаментарной + друк-анестезией

3028. При лечении зуба методом высокой ампутации на оставшуюся в канале часть корневой пульпы воздействуют лекарственными веществами с целью:

1. прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования зуба
2. обеспечения дальнейшего формирования зуба
3. прекращения дальнейшего формирования корня
4. ускорения формирования корня

3029. Медикаментозные средства для антисептической обработки каналов:

1. йодинол
2. раствор Шиллера-Писарева
3. физиологический раствор
4. спирт

3030. Каналы временных сформированных резцов предпочтительнее пломбировать:

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

3031. Гипохлорит натрия для обработки канала целесообразно использовать в концентрации:

1. 2,5-3%
2. 0,5-1%
3. 10-15%
4. 20 %

3032. Для медикаментозной обработки корневого канала используют:

1. хлоргексидин

2. спирт
3. лизетол
4. физиологический раствор

3033. Индикатором чистоты корневых каналов является:

1. хлорофиллипт
2. гипохлорит натрия
3. фурацилин
4. трипсин

3034. Медикаментозные средства для антисептической обработки корневых каналов:

1. хлоргексидин
2. дистиллированная вода
3. физиологический раствор
4. спирт

3035. При подсчете индекса РМА десну окрашивают:

1. раствором Шиллера-Писарева
2. метиленовой синью
3. бриллиантовым зеленым
4. эритрозином

3036. Выберите раствор, применяемый при гипертрофическом гингивите для склерозирующей терапии:

1. 30 % трихлоруксусной кислоты
2. 3 % H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>
3. 40 % формалина
4. йодиол

3037. Для проведения формалиновой пробы применяют:

1. 3% раствор
2. 0,5% раствор
3. 10% раствор
4. 20% раствор

3038. Для обработки пародонтальных карманов при развившейся стадии пародонтита используют растворы:

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

3039. При хроническом катаральном гингивите для лечебных повязок применяют мази:

1. 5 % бутадионовую
2. 0,25 % оксолиновую
3. 2 % неомициновую
4. 5 % синтомициновую

3040. Для лечения пиодермии применяют мази:

1. банеоцин
2. клотримазол (канестен)
3. бутадионовую
4. гепариновую

3041. Лекарственные средства, назначаемые при герпангине в первые 2-3 дня заболевания:

1. противовирусные препараты
2. антисептики
3. антибиотики
4. кератопластики

3042. Препараты для перорального введения при остром герпетическом стоматите в период высыпаний:

1. ацикловир
2. тетрациклин
3. сульфадиметоксин
4. нистатин

3043. Этиологическим лечением при остром герпетическом стоматите являются:

1. противовирусные препараты
2. антисептики
3. протеолитические ферменты
4. обезболивающие средства

3044. Нистатин для лечения молочницы назначают из расчета в суточной дозе на 1 кг массы тела:

1. 50 000 ЕД
2. 100 000 ЕД
3. 150 000 ЕД
4. 200 000 ЕД

3045. При лечении пиодермии внутрь назначают:

1. сульфаниламиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
2. противогрибковые, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
3. противовирусные, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
4. кортикостероиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

3046. Для обезболивания слизистой оболочки полости рта при остром герпетическом стоматите используют:

1. 10% взвесь анестезина в масле
2. 1% раствор тримекаина
3. 2% раствор новокаина
4. 10% раствор лидокаина в спрее

3047. При кандидозе для обработки полости рта используют раствор гидрокарбоната натрия:

1. 1-2%
2. 4-5%
3. 7-9%
4. 10-15%

3048. Способствует гипосенсибилизации и быстро улучшает самочувствие больного многоформной экссудативной эритемой:

1. внутривенное введение тиосульфата натрия
2. курс антибиотиков широкого спектра действия
3. противовирусные препараты во внутрь и местно
4. растворы натрия салицилата в возрастной дозировке

3049. При пиодермии на красной кайме губ гнойные корки размягчают раствором перекиси водорода:

1. 1%
2. 3%
3. 5%
4. 10%

3050. Нейтрализацию химических кислотных ожогов проводят раствором натрия гидрокарбоната:

1. 1-2%
2. 0,5%
3. 5-10%
4. 20-30%

3051. Для аппликационного обезболивания слизистой оболочки рта применяют:

1. гель на основе бензокаина
2. 0,5% взвесь анестезина в глицерине
3. 2% р-р новокаина
4. 10% спрей лидокаина

3052. Для обработки полости рта при кандидозе необходимо:

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

3053. Лекарственные средства, вызывающие химические ожоги:

1. резорцин-формалиновая смесь
2. винилин
3. метиленовый синий
4. витаон

3054. При лечении пиодермии с указанием в анамнезе аллергических реакций к антибактериальной мази добавляют:

1. кортикостероидную мазь
2. теброфеновую 2% мазь
3. бонафтоновую 2% мазь
4. бутадионовую

3055. Выберите этиотропные лекарственные средства при герпангине в первые 2-3 дня заболевания:

1. противовирусные препараты
2. ферменты
3. антисептики
4. антибиотики

3056. Для ускорения заживления элементов хронического рецидивирующего афтозного стоматита применяют:

1. солкосерил дентальную адгезивную пасту
2. флореналевую мазь
3. теброфеновую мазь
4. мазь клотримазол

3057. Для лечения ОГС применяют мази:

1. ацикловир
2. канестен
3. неомициновую
4. бутадионовую

3058. Для лечения молочницы применяют мази:

1. клотримазол, нистатиновую
2. теброфеновую, оксолиновую
3. неомициновую, тетрациклиновую
4. фторокорт, флуцинар

3059. При кандидозе внутрь назначают препараты:

1. противогрибковые
2. противовирусные
3. антибактериальные
4. гормональные

3060. Для антисептических полосканий при ХРАС (хроническом рецидивирующем афтозном стоматите) рекомендуют:

1. настои и отвары трав
2. растворы антибиотиков
3. раствор борной кислоты
4. раствор аскорбиновой кислоты

3061. Этиотропным средством лечения ОГС (острого герпетического стоматита) в период высыпания является:

1. противовирусное
2. жаропонижающее
3. обезболивающее
4. кератопластическое

3062. Местный анестетик, который обладает наибольшей длительностью действия и не используется у детей:

1. артикаин-форте
2. мепивакаин
3. лидокаин
4. прокаин (новокаин)

3063. Препарат, используемый для аппликационной анестезии у детей:

1. лидокаин
2. мепивакаин
3. артикаин-форте
4. прокаин (новокаин)

3064. Препарат, действие которого наиболее эффективно при воспалительных процессах полости рта у детей:

1. артикаин
2. бупивакаин
3. лидокаин
4. прокаин (новокаин)

3065. Эпинефрин (адреналин) в раствор анестетика не рекомендуется добавлять при проведении анестезии детям до:

1. пяти лет
2. трех лет
3. семи лет
4. десяти лет

3066. При выборе тактики лечения вколоченного вывиха временных центральных резцов наиболее важным критерием является:

1. возраст ребенка
2. результаты ЭОД
3. результаты рентгенологического исследования
4. состояние остальных зубов (распространенность кариеса)

3067. При неполном вывихе зубов 5.1, 6.1 у ребёнка шести лет рекомендуется:

1. их удалить
2. динамическое наблюдение
3. провести репозицию и шинирование
4. выдвинуть в зубной ряд ортодонтическими методами

3068. При вколоченном вывихе постоянного резца со сформированным корнем показано:

1. произвести репозицию, фиксацию, наблюдение с рентгенологическим контролем и ЭОД
2. извлечь, трепанировать, депульпировать, запломбировать, реплантировать зуб
3. исключение нагрузки, наблюдение (рентгенограмма, ЭОД), по показаниям эндодонтическое лечение
4. зуб удалить

3069. При выборе тактики лечения вколоченного вывиха временных центральных резцов наиболее важным критерием является:

1. возраст ребенка
2. результаты ЭОД
3. результаты рентгенологического исследования
4. состояние остальных зубов (распространенность кариеса)

3070. В ближайшие часы после ранений языка, мягкого нёба, тканей дна рта опасность для жизни ребёнка представляет:

1. асфиксия
2. нарушение приема пищи
3. нарушение речи
4. развитие гнойно-некротического процесса

3071. Срок, в течение которого происходит полная костная регенерация в лунке после удаления постоянного зуба у детей:

1. 3-6 месяцев
2. 2-4 недели
3. 4-6 недель
4. 6-8 недель

3072. Абсолютным показанием к удалению причинного временного зуба является:

1. хронический остеомиелит
2. острый серозный периостит
3. острый серозный лимфаденит
4. острый пульпит

3073. Эпителизация элементов при герпангине происходит через:

1. 10-12 дней
2. 1-2 дня
3. 3-4 дня
4. 5-6 дней

3074. Для лечения острого герпетического стоматита в первые 3 дня назначают препараты:

1. противовирусные и обезболивающие
2. кератопластические
3. антибактериальные
4. противогрибковые

3075. Насильственное отторжение налета при тяжелой форме кандидоза может привести к:

1. развитию генерализованной формы
2. более быстрому выздоровлению
3. не вызывает изменений
4. летальному исходу

3076. При пиодермии на красной кайме и коже губ выявляют:

1. пустулы, толстые соломенно-желтые корки
2. эрозии, покрытые фибринозным налетом
3. прозрачные корочки, фиксированные в центре
4. уртикарную сыпь, разлитую гиперемию

3077. Травматическую эрозию слизистой нижней поверхности кончика языка у детей 1-2 мес. жизни чаще всего вызывают:

1. преждевременно прорезавшиеся зубы
2. средства гигиены полости рта новорожденных
3. соски, резиновые рожки на бутылочках
4. кольца для прорезывания зубов

3078. При атопическом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать:

1. десенсибилизирующую терапию
2. антибактериальную терапию
3. противовирусную терапию
4. антисептическую обработку

3079. Прекратить рецидивы хронического рецидивирующего афтозного стоматита и многоформной экссудативной эритемы или значительно сократить частоту рецидивов и (или) тяжесть помогают:

1. устранение хронических очагов инфекции в организме ребенка
2. антисептические полоскания рта в период между рецидивами
3. систематическое применение противовирусных мазей на слизистую оболочку рта
4. курсовое лечение поливитаминами 1-2 раза в год

3080. Успех лечения травматических эрозий и декубитальных язв определяет:

1. устранение травмирующего слизистую оболочку фактора
2. применение дезинфицирующих средств
3. применение кератопластических средств
4. применение антибактериальных препаратов

3081. Частота обработки полости рта при остром герпетическом стоматите:

1. после каждого приема пищи

2. каждый час
3. перед едой
4. только перед сном

3082. Частота обработки полости рта при молочнице:

1. сразу после каждого приема пищи
2. каждый час
3. перед едой
4. только перед сном

3083. Частота обработки полости рта при пиодермии:

1. каждый час
2. перед едой
3. после каждого приема пищи
4. только перед сном

3084. Частота обработки полости рта при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите:

1. после каждого приема пищи
2. каждый час
3. только перед сном
4. через день

3085. Частота обработки полости рта при многоформной экссудативной эритеме:

1. после каждого приема пищи
2. перед едой
3. только перед сном
4. через день

3086. Полиморфизм высыпаний характерен для:

1. МЭЭ (многоформной экссудативной эритеме)
2. ОГС (острого герпетического стоматита)
3. молочницы
4. ХРАС (хронического рецидивирующего афтозного стоматита)

3087. Кератопластические средства при лечении острого герпетического стоматита целесообразно назначать в период:

1. угасания
2. латентный
3. продромальный
4. катаральный

3088. Патогенетическое лечение герпангины:

1. противовирусное
2. антибактериальное
3. физиотерапевтическое
4. кератопластическое

3089. При лечении ушиба однокорневого постоянного зуба необходимо:

1. разобщение прикуса в переднем отделе с помощью ортодонтического аппарата, щадящая диета
2. шинирование проволочно-композитной шиной на 2-4 недели
3. удаление травмированного зуба
4. ограничение жевательной нагрузки

3090. При медикаментозном стоматите возможно появление на коже тела:

1. уртикарной сыпи
2. синюшно-красных пятен округлой формы, с пузырьком или папулой в центре
3. мелких пузырьковых высыпаний
4. пигментных пятен

3091. Появление сыпи, отёка губ, век у ребенка является клиническим симптомом:

1. анафилактического шока
2. обморока
3. сердечно-сосудистого коллапса
4. болевого шока

3092. Основной метод лечения зубов при несовершенном дентиногенезе:

1. профилактическое, эндодонтическое лечение после завершения формирования корня зуба по показаниям
2. пломбирование кариозных полостей
3. восстановление анатомической формы коронки зуба с помощью композитов
4. шинирование зубов

3093. Для удаления зуба 7.5 рекомендуется взять щипцы:

1. клювовидные несходящиеся
2. клювовидные сходящиеся
3. байонетные
4. прямые

3094. Удаление временных центральных резцов верхней челюсти рекомендуется производить щипцами:

1. прямыми
2. клювовидными со сходящимися щечками
3. S-образно изогнутыми
4. штыковидными

3095. Для удаления временных клыков верхней челюсти рекомендуются щипцы:

1. прямые
2. клювовидные со сходящимися щечками
3. S-образно изогнутые
4. байонетные

3096. Удаление сверхкомплектного зуба, располагающегося в области зубов 1.1, 2.1 и обуславливающего наличие диастемы следует производить в возрасте ребенка:

1. 7-8 лет
2. 5-7 лет
3. 8-9 лет
4. 9-10 лет

3097. Для удаления временного второго моляра нижней челюсти рекомендуются щипцы клювовидные:

1. несходящиеся
2. изогнутые по плоскости
3. в зависимости от стороны челюсти
4. в зависимости от степени резорбции корней

3098. Кюретаж лунки при удалении временного зуба:

1. не проводится
2. проводится
3. проводится при наличии воспаления в периапикальных тканях
4. проводится при удалении по поводу вколоченного вывиха

3099. Для удаления временных зубов специальные наборы щипцов:

1. существуют
2. не существуют
3. существуют только для верхней челюсти
4. существуют только для нижней челюсти

3100. Правила наложения щипцов при удалении временных и постоянных зубов:

1. отличаются
2. не отличаются
3. отличаются при удалении на верхней челюсти; не отличаются – на нижней
4. отличаются при удалении на нижней челюсти; не отличаются – на верхней

3101. При рождении ребёнка с центральными нижними резцами необходимо:

1. удалить эти зубы
2. сохранить эти зубы
3. изготовить защитную пластинку на нижнюю челюсть
4. перевести ребенка на искусственное вскармливание

3102. Этапы удаления временного зуба и постоянного:

1. различны
2. одинаковы
3. различны только на верхней челюсти
4. различны только на нижней челюсти

3103. Язвенно-некротический стоматит характерен для:

1. гингиво-стоматита Венсана
2. синдрома Бехчета
3. алиментарной анемии
4. железодефицитной анемии

3104. Препарирование временных зубов показано при:

1. среднем кариесе
2. поверхностном кариесе
3. кариесе в стадии пятна при быстротекущем кариесе
4. кариесе в стадии пятна при медленно текущем кариесе

3105. Прямые щипцы используют для удаления:

1. клыков верхней челюсти
2. постоянных моляров верхней челюсти
3. временных моляров верхней челюсти
4. временных моляров нижней челюсти

3106. Клювовидные щипцы используют для удаления:

1. боковых временных резцов нижней челюсти
2. центральных временных резцов верхней челюсти
3. временных моляров верхней челюсти
4. клыков верхней челюсти

3107. Зубы 5.1, 6.1 при вколоченном вывихе у ребёнка трёх лет рекомендуется:

1. удалить
2. провести репозицию
3. оставить под наблюдением
4. провести эндодонтическое лечение

3108. Зуб 6.1 у ребёнка пяти лет при переломе корня рекомендуется:

1. удалить
2. сохранить, используя штифт
3. оставить под наблюдением
4. провести эндодонтическое лечение

3109. При множественном вывихе временных зубов с переломом альвеолярного отростка рекомендуется использовать шину:

1. пластмассовую зубнаддесневую
2. пластмассовую назубную
3. проволочную с зацепными петлями
4. гладкую шину-скобу

3110. При остром гнойном периостите причинный временный многокорневой зуб следует:

1. удалить
2. трепанировать и пломбировать
3. пломбировать и произвести резекцию верхушки корня
4. удалить по показаниям

3111. При остром гнойном периостите причинный временный однокорневой зуб:

1. удалить
2. трепанировать и пломбировать
3. пломбировать и произвести резекцию верхушки корня
4. удалить по показаниям

3112. При лечении вколоченного вывиха временных сформированных резцов необходимо:

1. удаление зуба
2. репозиция внедренного зуба
3. динамическое наблюдение
4. вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов

3113. При лечении вколоченного вывиха постоянных сформированных резцов показано:

1. репозиция и ширинование зуба на 3-4 недели
2. вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
3. только динамическое наблюдение
4. репозиция

3114. При переломе коронки несформированного зуба с обнажением пульпы в первые 6 часов:

1. биологический метод лечения пульпита с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой
2. закрытие линии перелома фтор-цементом
3. витальную ампутацию
4. высокую ампутацию

3115. При переломе коронки с обнажением пульпы постоянного сформированного зуба в первые 6 часов необходимо провести:

1. экстирпация пульпы

2. высокая ампутация пульпы
3. витальная ампутация
4. биологический метод с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой

3116. При лечении вколоченного вывиха постоянных несформированных резцов в первые 2 дня после травмы необходимо:

1. щадящий режим питания, противовоспалительная терапия, динамическое наблюдение
2. вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
3. репозиция зуба и шинирование на 3-4 недели
4. эндодонтическое лечение

3117. При полном вывихе зуба 1.1 в результате уличной травмы у ребёнка 10 лет рекомендуется:

1. реплантацию зуба с предварительной его трепанацией, депульпированием и пломбированием
2. устранение дефекта съёмным протезом
3. реплантация зуба без пломбирования
4. устранение дефекта имплантатом

3118. Зуб 6.1 у ребёнка трёх лет при переломе коронки со вскрытием полости зуба рекомендуется:

1. сохранить, проведя эндодонтическое лечение
2. сохранить, восстановив коронку культевой вкладкой
3. сохранить, используя штифт
4. удалить

3119. В условиях поликлиники показанием к проведению операции в условиях общего обезболивания у ребенка является:

1. спазмофилия
2. декомпенсированный порок сердца
3. ОРВИ
4. полный желудок

3120. Частота рецидивов высыпаний при рецидивирующем герпетическом стоматите объясняется:

1. снижением иммунитета
2. возрастом ребенка
3. временем года
4. конституцией ребенка

3121. Некрозы слизистой оболочки полости рта наблюдаются при системных заболеваниях:

1. крови и кроветворных органов
2. центральной нервной системы
3. хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта
4. почек

3122. К осложнениям после операции удаления зуба у детей относится:

1. альвеолит
2. вывих височно-нижнечелюстного сустава
3. перелом корня зуба
4. травма зачатка

3123. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей у детей являются зубы:

1. 4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6
2. 4.1, 4.2, 3.1, 3.2
3. 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6

4. 1.2, 1.1, 2.1, 2.2

3124. У детей 2-3 лет среди указанных причин острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает инфекция:

1. стоматогенная
2. посттравматическая
3. одонтогенная
4. специфическая

3125. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:

1. зубы 4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6
2. зубы 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6
3. ОРВИ и детские инфекционные заболевания
4. ЛОР – органы

3126. Наиболее частыми источниками инфекции при остром одонтогенном периостите челюстных костей у детей являются зубы:

1. 4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6
2. 4.2, 4.1, 3.1, 3.2
3. 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6
4. 1.2, 1.1, 2.1, 2.2

3127. Закладка зубной пластинки происходит в период внутриутробного развития плода на неделе:

1. 6-7
2. 8-9
3. 10-16
4. 21-30

3128. Из эпителия зубного зачатка образуются ткани зуба:

1. эмаль, Насмитова оболочка
2. дентин, пульпа
3. цемент
4. кость альвеолы

3129. Из мезенхимы зубного сосочка образуются:

1. дентин, пульпа
2. цемент
3. периодонт
4. кость альвеолы

3130. Из мезенхимы зубного мешочка образуются:

1. цемент, периодонт
2. дентин
3. Насмитова оболочка
4. пульпа зуба

3131. Период физиологического покоя для корней временных зубов длится:

1. 2,5-3 года
2. 1,5-2 года
3. 3,5-4 года
4. 4,5-5 лет

3132. Изменение окраски тетрациклиновых зубов возможно на поверхностях:

1. вестибулярной резцов
2. вестибулярной моляров
3. небной и язычной моляров
4. небной и язычной резцов и клыков

3133. Этиология острого герпетического стоматита (ОГС):

1. вирусная
2. инфекционная
3. грибковая
4. аллергическая

3134. Хронические заболевания различных органов и систем в анамнезе характерны при:

1. хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС)
2. травматических эрозиях
3. складчатом языке
4. афте Беднара

3135. При ангулярном хейлите грибковой этиологии в углах рта образуются:

1. эрозии с влажным белым налетом
2. медовые корки
3. эрозии с гнойным отделяемым
4. лихенизация, трещины, мокнутие

3136. Афты Беднара встречаются у детей:

1. первых месяцев жизни
2. ясельного возраста
3. дошкольного возраста
4. школьного возраста

3137. Клинические проявления при травме слизистой оболочки полости рта:

1. эрозии неправильных очертаний
2. пустулы, толстые соломенно-желтые корки
3. эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом
4. творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

3138. Общее состояние и самочувствие больного при остром герпетическом стоматите (ОГС):

1. температура тела повышена, прием пищи болезненный
2. головная боль, боль в суставах, мышцах
3. температура тела повышена, прием пищи безболезненный
4. прием пищи не нарушен

3139. Острый герпетический стоматит у детей возникает при:

1. утрате пассивного иммунитета
2. наличии сопутствующих заболеваний
3. аллергии организма
4. заболеваниях эндокринной системы

3140. У детей 2-3 лет среди указанных причин острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает инфекция:

1. стоматогенная
2. одонтогенная
3. от кошачьей царапины

#### 4. посттравматическая

3141. Клинические проявления флюороза:

1. белые пятна и крапинки на поверхности эмали зубов разного периода минерализации
2. пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
3. слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
4. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

3142. Для постановки диагноза несовершенный дентиногенез достаточно наличия:

1. изменений на рентгенограмме
2. вертикальных борозд от режущего края до шеек зубов
3. стираемости эмали и обнажения дентина водянистого цвета
4. меловидных пятен в пришеечной области

3143. Группы зубов, чаще поражаемые системной гипоплазией эмали:

1. постоянные резцы, клыки и первые моляры
2. молочные моляры
3. молочные резцы
4. постоянные премоляры

3144. Клинические проявления при легком течении острого герпетического стоматита:

1. явления катарального гингивита, единичные афты, покрытые налетом фибрина
2. пустулы, толстые соломенно-желтые корки
3. эрозии неправильных очертаний
4. творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

3145. Клинические признаки при неполном вывихе временного и постоянного зуба в первые дни после травмы:

1. коронка смещена в различном направлении, подвижность зуба II-III степени
2. зуб погружен в лунку до десны
3. видимая часть коронки без изменения, незначительная подвижность
4. укорочение видимой части коронки, подвижности нет

3146. Перелом коронки в пределах эмали сопровождается:

1. жалобами на косметический дефект
2. болью при зондировании по линии перелома
3. подвижностью II-III степени
4. самопроизвольными болями с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва

3147. Затруднённое, учащённое дыхание с экспираторной одышкой у ребенка характерно для:

1. анафилактического шока
2. сердечно-сосудистого коллапса
3. обморока
4. болевого шока

3148. Редкий, слабого наполнения пульс у ребенка характерен для:

1. обморока
2. сердечно-сосудистого коллапса
3. анафилактического шока
4. болевого шока

3149. Характерным видом травмы временных зубов является:

1. вывих зуба

2. перелом корня
3. ушиб зуба
4. отлом коронки

3150. Острый герпетический стоматит, как причина острого лимфаденита, наблюдается у детей в возрасте:

1. 1-3 лет
2. одного месяца
3. 4-5 лет
4. 6-7 лет

3151. Наиболее частой причиной острых лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей 6-8 лет является инфекция:

1. одонтогенная
2. стоматогенная
3. отогенная
4. риногенная

3152. Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 6-7 лет являются зубы:

1. 8.5, 8.4, 7.4, 7.5
2. 1.2, 1.1, 2.1, 2.2
3. 5.5, 5.4, 6.4, 6.5
4. 4.2, 4.1, 3.1, 3.2

3153. Для хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита симметричное поражение обеих слюнных желез является признаком:

1. необязательным
2. обязательным
3. обязательным только для детей с патологией ЛОР-органов
4. обязательным только для детей с патологией ЖКТ

3154. Орхит, как осложнение, наблюдается у мальчиков при:

1. остром эпидемическом паротите
2. хроническом паренхиматозном паротите
3. калькулезном сиалоадените
4. аденокарциноме

3155. Симметричное поражение обеих околоушных слюнных желез у детей более характерно для паротита:

1. острого эпидемического
2. хронического рецидивирующего паренхиматозного
3. калькулезного
4. новорожденных

3156. Для острого эпидемического паротита симметричное поражение обеих желёз:

1. характерно
2. не характерно
3. обязательно только для детей с патологией ЛОР-органов
4. обязательно только для детей с патологией ЖКТ

3157. Выделение гнойного секрета из устья выводного протока околоушной слюнной железы характерно для паротита:

1. хронического рецидивирующего паренхиматозного в стадии обострения
2. острого эпидемического
3. хронического рецидивирующего паренхиматозного в стадии ремиссии
4. калькулезного хронического в стадии ремиссии

3158. Абсолютным показанием к удалению причинного временного зуба является:

1. хронический остеомиелит
2. хронический пульпит
3. кариес дентина
4. кариес эмали

3159. Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:

1. вертикальные борозды от режущего края до шеек зубов
2. горизонтальные борозды, параллельно режущему краю на группе зубов одного периода минерализации
3. эмаль стирается, обнаженный дентин водянистого цвета
4. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

3160. Перелом в средней части корня зуба сопровождается:

1. болью при накусывании и при перкуссии и подвижностью зуба
2. болью от температурных раздражителей и подвижностью зуба
3. самопроизвольной болью и болью от температурных раздражителей
4. самопроизвольной болью и подвижностью зуба

3161. Клинические признаки вколоченного (внедренного) вывиха временного или постоянного зуба:

1. укорочение видимой части коронки, подвижности зуба нет
2. удлинение видимой части коронки, подвижности зуба нет
3. подвижность зуба II-III степени, удлинение видимой части коронки зуба
4. подвижности зуба нет, изменений видимой части коронки нет

3162. Отлом коронки в пределах эмали и дентина без обнажения пульпы зуба сопровождается:

1. болью от температурных раздражителей и при зондировании линии перелома
2. болью при накусывании на зуб
3. самопроизвольной болью
4. болью от химических раздражителей

3163. Перелом коронки с обнажением пульпы зуба сопровождается:

1. болью от всех раздражителей
2. подвижностью зуба III степени
3. самопроизвольной болью в ночное время с иррадиацией по ветвям тройничного нерва
4. изменением цвета коронки зуба

3164. Клиническая картина при полном вывихе временного или постоянного зуба:

1. лунка зуба пустая
2. укорочение видимой части коронки
3. увеличение видимой части коронки
4. смещение коронки выше окклюзионной плоскости

3165. Клинические признаки при ушибе постоянного или временного зуба в первые 2-3 дня после травмы:

1. болезненная перкуссия, подвижность зуба незначительная или отсутствует
2. смещение коронки в различном направлении
3. зуб длиннее симметричного, болезненная перкуссия

4. зуб короче симметричного, болезненная перкуссия

3166. Травма зачатка постоянного зуба преимущественно наблюдается при травме временного зуба в виде:

1. внедренного (вколоченного) вывиха
2. неполного вывиха
3. ушиба
4. перелома корня

3167. Предрасполагающим фактором вывиха резцов верхней челюсти у детей является:

1. глубокий прогнатический прикус
2. множественный кариес этих зубов и его осложнения
3. мелкое преддверие рта
4. мезиальная окклюзия

3168. Для детей в возрасте четырёх - пяти лет наиболее характерен вид травмы:

1. вывих зуба
2. перелом челюсти
3. перелом зуба
4. вывих височно-нижнечелюстного сустава

3169. Вывих зуба у детей преобладает в прикусе:

1. временном
2. постоянном
3. ортогнатическом
4. прогеническом

3170. Изменения, выявленные на рентгенограмме при несовершенном дентиногенезе:

1. полость зуба и корневые каналы облитерированы
2. полость зуба и просвет каналов зуба расширены
3. корни короткие, каналы широкие
4. расширение периодонтальной щели

3171. Клинический анализ крови следует провести при:

1. язвенно-некротическом стоматите неясной этиологии
2. кандидозе
3. хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС)
4. остром герпетическом стоматите (ОГС)

3172. Рентгенологические признаки ушиба временного или постоянного зуба в первые 2-3 дня после травмы:

1. на рентгенограмме изменений нет
2. периодонтальная щель равномерно расширена
3. периодонтальная щель расширена у верхушки зуба
4. периодонтальная щель отсутствует у верхушки зуба

3173. Рентгенологические признаки вколоченного вывиха постоянного сформированного зуба:

1. периодонтальная щель отсутствует у верхушки корня
2. на рентгенограмме изменений нет
3. периодонтальная щель расширена у верхушки корня
4. отсутствие периодонтальной щели в боковом отделе с одной стороны

3174. Рентгенологические признаки неполного вывиха временного и постоянного зуба со смещением в сторону соседнего зуба:

1. расширение периодонтальной щели с одной стороны корня и отсутствие на другой
2. равномерное расширение периодонтальной щели
3. периодонтальная щель резко расширена у верхушки корня
4. отсутствие периодонтальной щели у верхушки корня

3175. Изменения на рентгенограмме при ушибе зуба:

1. изменений нет
2. неравномерное расширение периодонтальной щели
3. равномерное расширение периодонтальной щели
4. неравномерное сужение периодонтальной щели

3176. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

1. палочкой Коха
2. стрептококком в сочетании со стафилококком
3. кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
4. стрептококком

3177. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

1. лучистым грибом
2. стафилококком
3. стрептококком
4. стафилококком в сочетании со стрептококком

3178. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

1. бледной трепонемой
2. анаэробной флорой
3. кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
4. золотистым стрептококком

3179. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

1. микобактериями туберкулеза
2. стафилококками
3. кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
4. стрептококком

3180. Патогномичным рентгенологическим симптомом хронического неспецифического паренхиматозного паротита является:

1. наличие округлых полостей вместо протоков III-IV порядка
2. сужение основного выводного протока
3. тень конкремента в области выводного протока
4. сужение всех протоков

3181. Проведение контрастной рентгенографии при хроническом неспецифическом паренхиматозном паротите показано:

1. в период ремиссии
2. в период обострения
3. в период активного роста ребенка
4. не показано

3182. Клинические проявления при черном волосатом языке:

1. нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере

2. неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
3. глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
4. налет на спинке языка

3183. Факторы, воздействие которых изменяет окраску тетрациклиновых зубов:

1. дневной свет
2. прием витаминов внутрь
3. люминесцентный свет
4. прием препаратов кальция

3184. Атипичная форма многоформной экссудативной эритемы называется синдромом:

1. Стивенса-Джонсона
2. Бехчета
3. Шегрена
4. Папийон-Лефевра

3185. Наиболее частой причиной острых лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей 6 - 8 лет является инфекция:

1. одонтогенная от моляров нижней челюсти
2. одонтогенная от моляров верхней челюсти
3. отогенная
4. тонзилогенная

3186. У детей 2-3 лет среди указанных причин острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает инфекция:

1. ОРВИ
2. посттравматическая
3. одонтогенная от резцов верхней челюсти
4. одонтогенная от резцов нижней челюсти

3187. Минерализация временных зубов начинается:

1. в II половине внутриутробного развития
2. в I половине внутриутробного развития
3. в I полугодии после рождения
4. во II полугодии после рождения

3188. Минерализация постоянных резцов и клыков начинается:

1. во втором полугодии после рождения
2. на 17 неделе внутриутробного развития
3. в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения
4. в 2,5 – 3,5 года

3189. Минерализация премоляров начинается:

1. в 2,5 – 3,5 года
2. в конце внутриутробного периода
3. в первые недели после рождения
4. во втором полугодии после рождения

3190. Минерализация первых постоянных моляров начинается:

1. в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения
2. во втором полугодии после рождения
3. на втором году жизни
4. в 4-5 лет

3191. Минерализация вторых постоянных моляров начинается:

1. в 2,5 – 3,5 года
2. в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения
3. во втором полугодии после рождения
4. в 4-5 лет

3192. Сведения об антенатальном периоде развития обязательно выясняются при обследовании детей возраста:

1. ясельного
2. любого
3. дошкольного
4. подросткового

3193. Системная гипоплазия эмали зубов у детей в постоянных зубах развивается от:

1. болезней ребенка после рождения
2. заболеваний матери во время беременности
3. травматических повреждений молочных зубов
4. нарушения состава микроэлементов в воде

3194. Факторы, влияющие на развитие системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

1. болезни ребенка после рождения, нарушение режима питания ребенка
2. болезни матери во II половине беременности
3. множественное поражение молочных зубов осложненным кариесом
4. болезни матери в I половине беременности

3195. Причины несовершенного развития и строения эмали и дентина:

1. генетические факторы
2. болезни матери во I половине беременности
3. болезни матери во II половине беременности
4. болезни ребенка во II полугодии первого года жизни

3196. Причины местной гипоплазии эмали:

1. травматическое повреждение зачатка зуба
2. болезни матери во время беременности
3. пульпит молочного зуба
4. вредные привычки матери во время беременности

3197. Причинные неблагоприятные факторы развития системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

1. заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
2. хронический периодонтит молочного зуба
3. интоксикация фтором
4. передача патологии твердых тканей по наследству

3198. Причина развития флюороза:

1. избыточное содержание фтора в воде
2. передача патологии по наследству
3. недостаточное содержание фтора в воде
4. отсутствие фтора в воде

3199. При отломе части коронки зуба с обнажением пульпы больные жалуются на боли:

1. от раздражителей

2. самопроизвольные
3. при накусывании на зуб
4. иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва

3200. При хроническом гипертрофическом пульпите жалобы больного на боли:

1. при попадании пищи, в сочетании с кровоточивостью
2. самопроизвольные
3. постоянные
4. от температурных раздражителей

3201. Для детей первых месяцев жизни характерны заболевания:

1. афты Беднара
2. ХРАС (хронический рецидивирующий афтозный стоматит)
3. МЭЭ (многоформная экссудативная эритема)
4. хейлиты

3202. Для детей ясельного возраста характерны заболевания:

1. ОГС (острый герпетический стоматит)
2. афты Беднара
3. ХРАС (хронический рецидивирующий афтозный стоматит)
4. МЭЭ (многоформная экссудативная эритема)

3203. Для детей подросткового возраста характерны заболевания:

1. МЭЭ (многоформная экссудативная эритема)
2. ОГС (острый герпетический стоматит)
3. кожный рог
4. кандидоз

3204. Причины системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

1. заболевания ребенка на первом году жизни
2. наследственный фактор
3. заболевания матери в период беременности
4. множественный кариес молочных зубов

3205. Некариозные поражения твердых тканей зуба, возникающие после его прорезывания:

1. отлом коронки в результате травмы
2. гипоплазия эмали
3. несовершенный амелогенез
4. тетрациклиновое окрашивание

3206. Причины возникновения гипоплазии твердых тканей временных зубов:

1. нарушение внутриутробного развития зубочелюстной системы
2. пониженное содержание фтора в питьевой воде
3. замедленное прорезывание зубов
4. кариесогенные факторы

3207. Возраст детей, преимущественно болеющих острым герпетическим стоматитом:

1. ясельный
2. дошкольный
3. младший школьный
4. старший школьный

3208. Ведущую роль в патогенезе ОГС (остром герпетическом стоматите) играет:

1. снижение уровня иммунитета
2. контакт с больным
3. недавно перенесенное ОРЗ
4. возраст ребенка

3209. К некариозным заболеваниям твердых тканей зубов относятся:

1. несовершенное развитие дентина
2. периодонтит
3. пародонтит
4. пародонтолиз

3210. Заболевание, при котором прорезывается один зуб измененной формы:

1. местная гипоплазия
2. флюороз
3. системная гипоплазия
4. синдром Стентона-Капдепона

3211. При несовершенном амелогенезе имеются нарушения в строении:

1. только эмали
2. только дентина
3. нарушение пульпы
4. облитерация полости зуба и корневых каналов

3212. К наследственным заболеваниям твердых тканей зуба относится:

1. несовершенное строение эмали и дентина
2. тетрациклиновые зубы
3. системная гипоплазия эмали
4. местная гипоплазия эмали

3213. При несовершенном одонтогенезе (дисплазии Капдепона) поражены:

1. все молочные и постоянные зубы
2. молочные и постоянные моляры
3. молочные и постоянные резцы
4. только постоянные зубы

3214. Клинические признаки, характерные для дисплазии Капдепона:

1. стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы
2. наличие ночных болей
3. рифленые зубы
4. гипсовые зубы

3215. Пародонтолиз наблюдается при:

1. синдроме Папийона-Лефевра
2. функциональной перегрузке зубов
3. эндемическом зобе
4. заболевании желудочно-кишечного тракта

3216. Изменения кожи подошв и ладоней в сочетании с тяжелым поражением пародонта имеются при:

1. синдроме Папийона-Лефевра
2. болезни Иценко-Кушинга
3. гипофизарном нанизме
4. циклическая нейтропения

3217. Парное сочленение суставных головок нижней челюсти с суставными поверхностями нижнечелюстных ямок височных костей называется:

1. ВНЧС
2. челюстным соединением
3. мандибулярным суставом
4. ложным суставом

3218. Глубина резцового перекрытия считается нормальной:

1. на 1/3 высоты коронки нижнего резца
2. на 1/2 высоты коронки нижнего резца
3. на 2/3 высоты коронки нижнего резца
4. на величину коронки резца

3219. Оценка соотношения боковых зубов в сагиттальной плоскости является решающей при определении:

1. мезиальной окклюзии
2. вертикальной резцовой дизокклюзии
3. перекрестной окклюзии
4. глубокой резцовой окклюзии

3220. С целью определения соотношения корней верхних боковых зубов с гайморовой пазухой пациента целесообразно направить на:

1. компьютерную томографию
2. ТРГ в прямой проекции
3. ортопантограмму
4. панорамную рентгенографию

3221. Для определения состояния височно-нижнечелюстных суставов необходимо провести:

1. рентгенографию по методике парма
2. прицельную рентгенографию
3. панорамную рентгенографию
4. телерентгенографию

3222. Для исследования размеров суставной щели внчс целесообразно сделать:

1. компьютерную томографию
2. панорамную рентгенографию
3. прицельную рентгенографию
4. рентгенографию по методике парма

3223. Симметричность развития правой и левой половины нижней челюсти наиболее полно можно оценить с помощью:

1. телерентгенографии в прямой проекции
2. панорамной рентгенографии
3. телерентгенографии в боковой проекции
4. прицельной рентгенографии

3224. Электромиография регистрирует:

1. биопотенциалы мышц челюстно-лицевой области
2. движение нижней челюсти
3. движение внчс
4. гемодинамику мышц челюстно-лицевой области

3225. Наибольшую информацию о состоянии мягкотканых структур ВНЧС дает:

1. магнитно-резонансная томография
2. телерентгенография
3. ортопантомография
4. компьютерная томография

3226. Объективный метод исследования, позволяющий оценить функциональное состояние зубочелюстной системы путем регистрации электрических потенциалов жевательных мышц, называется:

1. электромиографией
2. мастикациографией
3. кинезиографией
4. сиалографией

3227. Функциональное состояние мышц челюстно-лицевой области определяют методом:

1. электромиографии
2. реопародонтографии
3. артофонографии
4. аксиографии

3228. Методом миотонометрии можно определить:

1. тонус мышц во время выдвижения челюсти
2. жевательную силу в состоянии сокращения
3. графическую регистрацию потенциалов мышц
4. жевательную силу в состоянии покоя

3229. Реография области ВНЧС позволяет определить:

1. гемодинамическое состояние сосудов ВНЧС
2. сократительную способность мышц челюстно-лицевой области
3. движение суставных головок нижней челюсти
4. выносливость тканей пародонта

3230. Панорамную рентгенографию применяют в ортодонтии для:

1. выявления наличия зачатков зубов верхней и нижней челюстей
2. измерения размеров зубов нижней челюсти
3. измерения ширины зубного ряда
4. измерения длины зубного ряда

3231. Аномалии челюстных костей в сагиттальном направлении можно определить с помощью:

1. ТРГ в боковой проекции
2. томографии
3. ортопантомографии
4. панорамной рентгенографии

3232. Метод электромиоартрографии позволяет изучить:

1. сокращение жевательных мышц и движение головок нижней челюсти
2. тонус жевательных мышц
3. выносливость собственно жевательных мышц
4. состояние жевательных мышц в покое

3233. Классификация по МКБ-10 выделяет заболевания:

1. расщелина губы и неба (заячья губа и волчья пасть)
2. расщелина язычка и мягкого неба

3. синдром Пьера-Робина
4. лицевые микропризнаки

3234. Форму лица определяют с помощью индекса:

1. Изара
2. Тонна
3. Эшлера-Биттнера
4. Коркхауза

3235. Наличие трем и диастем зубных рядов в возрасте 4-6 лет свидетельствует о:

1. нормальном развитии
2. наличии врожденной патологии
3. вредной привычке сосания пальца
4. инфантильном типе глотания

3236. Наличие ярко выраженной супраментальной борозды свидетельствует о:

1. глубоком прикусе
2. нормальном развитии
3. увеличении нижней трети лица
4. открытом прикусе

3237. При нормальной окклюзии привычное положение нижней челюсти и ее центральное положение:

1. совпадают
2. не совпадают, при этом нижняя челюсть занимает переднее положение
3. не совпадают, при этом нижняя челюсть занимает заднее положение
4. не совпадают, при этом отсутствует смыкание зубов-антагонистов

3238. При нейтральном смыкании зубных рядов верхний постоянный клык расположен:

1. между нижним клыком и первым премоляром
2. на уровне бугорка нижнего клыка
3. между нижним клыком и латеральным резцом
4. на уровне первого премоляра

3239. Выпуклый профиль свидетельствует о:

1. ретропозиции нижней челюсти
2. нормальном развитии
3. перекрестном прикусе
4. формировании диастемы

3240. Ортогнатический прикус соответствует:

1. 1 классу Энгля
2. 2 классу 2 подклассу Энгля
3. 2 классу 1 подклассу Энгля
4. 3 классу

3241. Каждый зуб в норме имеет:

1. два антагониста
2. один антагонист
3. три антагониста
4. четыре антагониста

3242. Каждый зуб верхней челюсти антагонизирует с:

1. одноименным зубом нижней челюсти и позадистоящим зубом
2. одноименным зубом нижней челюсти
3. одноименным зубом нижней челюсти и впередистоящим зубом
4. одноименным зубом верхней челюсти

3243. Каждый зуб нижней челюсти антагонизирует с:

1. одноименным зубом нижней челюсти и впередистоящим зубом
2. одноименным зубом верхней челюсти
3. одноименным зубом нижней челюсти и позадистоящим зубом
4. одноименным зубом нижней челюсти

3244. Уменьшение лонгитудинальной длины (метод NANCE) верхнего зубного ряда бывает при:

1. скученности верхнего зубного ряда
2. нарушении пропорциональности верхних и нижних резцов
3. глубоком прикусе
4. удлинении верхнего зубного ряда

3245. Метод Долгополовой применяется для определения:

1. длины и ширины зубных рядов в период временного прикуса
2. ширины нижнего зубного ряда в постоянном прикусе
3. ширины и длины апикального базиса в постоянном прикусе
4. пропорциональности верхних и нижних резцов

3246. Метод Коркхауза позволяет определить:

1. длину зубных рядов
2. ширину зубных рядов
3. тип роста зубочелюстной системы
4. скелетный класс

3247. Для определения нарушения формы зубных рядов используют методику:

1. Хаулея-Герберга-Гербста
2. Коркхауза
3. Пона
4. Долгополовой

3248. Ширину головы определяют между точками:

1. eu – eu
2. zy – zy
3. go – go
4. op – gl

3249. Длину головы измеряют между точками:

1. op- gl
2. eu – eu
3. zy- zy
4. go – go

3250. Метод Коркхауза основан на:

1. зависимости суммы мезиодистальных размеров верхних резцов и длины переднего отрезка зубного ряда
2. зависимости суммы мезиодистальных размеров верхних резцов и ширины зубных рядов
3. зависимости ширины и длины зубных рядов
4. пропорциональности размеров верхних и нижних резцов

3251. Индекс Тонна используют для определения:

1. пропорциональности верхних и нижних резцов
2. пропорциональности размеров верхнего и нижнего зубных рядов
3. ширина зубного ряда
4. длины зубного ряда

3252. На телерентгенограмме головы в боковой проекции значение угла ANB =10 градусов свидетельствует о:

1. скелетном классе II
2. скелетном классе I
3. скелетном классе III
4. протрузии верхних резцов

3253. Толщина дистального отдела суставного диска:

1. 3-4 мм
2. 0-1 мм
3. 1.5-2 мм
4. 1-1.5 мм

3254. Толщина медиального отдела суставного диска:

1. 1-1.5 мм
2. 0-1 мм
3. 1.5-2 мм
4. 3-4 мм

3255. На телерентгенограмме головы в боковой проекции увеличение угла SNA свидетельствует о:

1. верхнечелюстной прогнатии
2. скелетном классе I
3. нижнечелюстной макрогнатии
4. верхнечелюстной микрогнатии

3256. Пропорциональность размеров коронок постоянных резцов челюстей позволит определить:

1. индекс Тона
2. методика Пона
3. методика Коркхауза
4. индекс Нансе

3257. Размеры зубных рядов по методу Пона изучаются в:

1. трансверсальном направлении
2. сагиттальном и вертикальном направлениях
3. сагиттальном направлении
4. вертикальном направлении

3258. Измерительные точки пона на нижних первых премолярах:

1. дистальная точка ската щечного бугорка
2. середина межбугорковой фиссуры
3. вершина небного бугорка
4. скат небного бугорка

3259. Длину переднего отрезка зубного ряда определяют с помощью метода:

1. Коркхауза
2. Нансе

3. Пона
4. Хауса-Снагиной

3260. Удаление зубов по методу Хотца показано:

1. при несоответствии размеров зубов
2. при наличии сверхкомплектных зубов
3. адентии
4. ретенции зубов

3261. Увеличение угла SPP-MP свидетельствует о:

1. вертикальном типе роста лицевого скелета
2. вращении нижней челюсти по часовой стрелке
3. горизонтальном направлении роста лицевого скелета
4. ретрогнатическом типе профиля

3262. Увеличение угла SPP-NSL свидетельствует о:

1. вращении верхней челюсти по часовой стрелке
2. горизонтальном направлении роста лицевого скелета
3. ретрогнатическом типе профиля
4. вертикальном типе роста лицевого скелета

3263. Увеличение угла SARGO свидетельствует о:

1. вращении нижней челюсти по часовой стрелке
2. горизонтальном направлении роста лицевого скелета
3. ретрогнатическом типе профиля
4. вертикальном типе роста лицевого скелета

3264. Показанием к протезированию у детей является:

1. ранняя потеря молочных зубов
2. аномалии формы временных зубов
3. нарушение окклюзии
4. нарушение формы зубных рядов

3265. На телерентгенограмме головы в боковой проекции уменьшение угла SNB свидетельствует о:

1. нижнечелюстной микрогнатии
2. скелетном классе I
3. нижнечелюстной макрогнатии
4. верхнечелюстной микрогнатии

3266. Пластика преддверия полости рта показана при:

1. ретракции десны
2. сужении зубных рядов
3. диастеме
4. нижней ретрогнатии

3267. Измерительные точки Пона 14 и 24 находятся в:

1. середине межбугорковой фиссуры
2. вершине щечного бугорка
3. дистальной точке ската щечного бугорка
4. мезиальной точке ската щечного бугорка

3268. Угол SNA в норме составляет (градусов):

1. 82

2. 80
3. 85
4. 74

3269. Угол SNB в норме составляет (градусов):

1. 80
2. 82
3. 85
4. 74

3270. Угол ANB в норме составляет (градусов):

1. 2
2. 6
3. 12
4. 8

3271. Угол SPP\MP в норме составляет (градусов):

1. 25
2. 32
3. 15
4. 7

3272. Угол SPP\NSL в норме составляет (градусов):

1. 7
2. 25
3. 32
4. 15

3273. Угол MP\NSL в норме составляет (градусов):

1. 32
2. 25
3. 15
4. 7

3274. Индекс Тона в норме:

1. 1,33
2. 1,22
3. 1,5
4. 1,14

3275. Передний отдел основания черепа на ТРГ головы в боковой проекции обозначается:

1. N-Se
2. MT1
3. MT2
4. Mr

3276. Ротовой тип дыхания приводит к:

1. сужению верхнего зубного ряда
2. формированию диастемы
3. формированию вредной привычки
4. дистализации моляров верхней челюсти

3277. Рентгенографию кистей рук делают для:

1. прогноза роста челюстей
2. уточнения сроков окостенения
3. изучения динамики роста организма
4. сопоставления костного и зубного возраста

3278. Панорамную рентгенографию применяют в ортодонтии для:

1. выявления наличия зачатков зубов верхней и нижней челюстей
2. измерения размеров зубов нижней челюсти
3. измерения ширины зубного ряда
4. измерения длины зубного ряда

3279. Для определения симметричности роста нижней челюсти целесообразно сделать ребенку:

1. ортопантограмму и телерентгенограмму головы в прямой проекции
2. телерентгенограмму в боковой проекции
3. телерентгенограмму в прямой проекции
4. панорамную рентгенограмму нижней челюсти

3280. Метод электромиоартрографии позволяет изучить:

1. сокращение жевательных мышц и движение головок нижней челюсти
2. состояние жевательных мышц в покое
3. тонус жевательных мышц
4. выносливость собственно жевательных мышц

3281. Проба Эшлера-Битнера:

1. выдвижение нижней челюсти с целью определения ее ретроположения
2. смещение нижней челюсти кзади
3. определение асимметрии лица во время улыбки
4. глотание слюны

3282. Первое физиологическое повышение прикуса происходит в возрасте:

1. 12-16 мес
2. 6 лет
3. 3 лет
4. 16-20 мес

3283. Второе физиологическое повышение прикуса происходит в возрасте:

1. 5-6 лет
2. 7-8 лет
3. 11-12 лет
4. 9-10 лет

3284. Прикусывание и прокладывание языка приводит к образованию дизокклюзии:

1. вертикальной
2. глубокой резцовой
3. дистальной
4. мезиальной

3285. Положение зубов, при котором верхние резцы перекрывают нижние более чем на 1/3 высоты коронки, называется:

1. глубокой резцовой окклюзией
2. вертикальной резцовой дизокклюзией
3. сагитальной резцовой дизокклюзией
4. трансверзальной резцовой окклюзией

3286. Дистальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в плоскости:

1. сагиттальной
2. вертикальной
3. трансверзальной
4. окклюзионной

3287. Патология ВНЧС, при которой нарушается координация функций жевательных мышц и взаимного расположения суставных элементов называется:

1. мышечно-суставной дисфункцией
2. мышечной дисфункцией
3. суставной дисфункцией
4. анкилозом

3288. Неправильное мезио-дистальное соотношение первых постоянных моляров может быть обусловлено:

1. ранней потерей второго временного моляра
2. патологической стираемостью
3. снижением окклюзионной высоты
4. физиологической стираемостью

3289. К аномалиям окклюзии в сагиттальной плоскости относится:

1. дистальная окклюзия
2. дизокклюзия
3. вестибулоокклюзия
4. глубокое резцовое перекрытие

3290. Расположение зубов выше или ниже окклюзионной плоскости обусловлено:

1. неправильным положением зачатков зубов
2. вредными привычками
3. кариозным разрушением коронок зубов
4. величиной зубов

3291. Первый постоянный моляр прорезывается в возрасте:

1. 5-6 лет
2. 8-9 лет
3. 20-30 месяцев
4. 11-12 лет

3292. Форма зубного ряда верхней челюсти в постоянном прикусе:

1. полуэллипс
2. полукруг
3. парабола
4. трапеция

3293. Форма нижнего зубного ряда в постоянном прикусе:

1. парабола
2. полукруг
3. трапеция
4. треугольник

3294. К моменту рождения у ребенка наблюдается младенческая:

1. ретрогения

2. прогения
3. протрузия
4. ретрузия

3295. Наибольшую информацию о развитии костей черепа и их расположении дает:

1. телерентгенография
2. магнитно-резонансная томография
3. ортопантомография
4. компьютерная томография

3296. При ротовом дыхании формируется:

1. готическое небо
2. симптом наперстка
3. сагиттальная щель
4. диастема

3297. Сосание соски после 1 года приводит к возникновению окклюзии:

1. дистальной
2. глубокой
3. перекрестной
4. мезиальной

3298. Проведение миотерапии наиболее целесообразно в возрастном периоде:

1. 4–7 лет
2. 1–2 лет
3. 10–12 лет
4. 6 мес – 1 года

3299. Устранить привычку сосания щек можно с помощью:

1. миофункциональных аппаратов
2. миогимнастики
3. головной шапочки с подбородочной пращой
4. несъемных ортодонтических аппаратов

3300. При односторонней расщелине губы и неба используется съемный ортодонтический аппарат:

1. Брюкля
2. Дерихсвайлер
3. микроимплант
4. брекет система

3301. При сквозной односторонней расщелине губы, альвеолярного отростка и неба в возрасте до 3 месяцев используется съемный ортодонтический аппарат:

1. пластинка с винтом
2. аппарат Брюкля
3. пластинка с накусочной площадкой
4. аппарат Френкеля I типа

3302. Фарингопластика – это:

1. операция, направленная на хирургическое вмешательство на структурах глотки
2. пластика мягкого и твердого отдела неба
3. пластика в пределах мягкого неба
4. операция, направленная на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твердого неба и глотки

3303. Ураностафилофарингопластика – это:

1. операция, направленная на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твердого неба и глотки
2. пластика мягкого и твердого отдела неба
3. операция, направленная на хирургическое вмешательство на структурах глотки
4. пластика в пределах мягкого неба

3304. Велопластика – это:

1. пластика в пределах мягкого неба
2. пластика мягкого и твердого отдела неба
3. операция, направленная на хирургическое вмешательство на структурах глотки
4. операция, направленная на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твердого неба и глотки

3305. Уранопластика – это:

1. пластика мягкого и твердого отдела неба
2. операция, направленная на хирургическое вмешательство на структурах глотки
3. пластика в пределах мягкого неба
4. операция, направленная на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твердого неба и глотки

3306. Компактостеотомия проводится с целью:

1. ускорения ортодонтического лечения
2. улучшения фиксации ортодонтического аппарата
3. продолжения ортодонтического лечения
4. сохранения результатов ортодонтического лечения

3307. По месту расположения аппарат Норда относится к:

1. внутриротовым, одночелюстным
2. внеротовой
3. комбинированный
4. двучелюстной

3308. Аппарат для верхней челюсти с винтом и вестибулярной дугой позволяет провести:

1. расширение и уплощение верхнего зубного ряда
2. уплощение переднего отдела нижнего зубного ряда
3. устранение вредных привычек
4. устранение дизоокклюзии

3309. Коронка с распоркой на зуб 16 предназначена для:

1. сохранения места для 15
2. мезиализации 16
3. дистализации 16
4. ротации 16

3310. Пластинка для верхней челюсти с винтом и сагиттальным распилом применяется с целью:

1. равномерного расширения верхнего зубного ряда
2. удлинения фронтального участка нижнего зубного ряда
3. одностороннего расширения верхнего зубного ряда
4. раскрытия срединного небного шва

3311. Пластинка для верхней челюсти с винтом и секторальным распилом применяется с целью:

1. удлинения верхнего зубного ряда
2. равномерного расширения верхнего зубного ряда
3. одностороннего расширения верхнего зубного ряда
4. раскрытия срединного небного шва

3312. Аппарат Pendulum применяют для:

1. дистализации моляров верхней челюсти
2. смещения нижней челюсти вперед
3. смещения верхнего зубного ряда вперед
4. стабилизации положения верхней челюсти

3313. Лицевая маска дилера позволяет:

1. перемещать вперед верхний зубной ряд
2. сдерживать рост верхней челюсти
3. стимулировать рост нижней челюсти
4. сдерживать рост обеих челюстей

3314. Лицевая дуга позволяет:

1. сдерживать рост верхней челюсти
2. перемещать вперед верхний зубной ряд и верхнюю челюсть
3. стимулировать рост нижней челюсти
4. сдерживать рост обеих челюстей

3315. Головная шапочка с подбородочной пращей позволяет:

1. сдерживать рост нижней челюсти
2. перемещать вперед верхний зубной ряд и верхнюю челюсть
3. стимулировать рост нижней челюсти
4. сдерживать рост обеих челюстей

3316. По назначению аппарат Норда:

1. лечебный
2. профилактический
3. ретенционный
4. комбинированный

3317. По назначению аппарат Андресена-Гойпля:

1. лечебный
2. профилактический
3. ретенционный
4. комбинированный

3318. Губной бампер не используют для:

1. мезиального смещения нижнего зубного ряда
2. дистального смещения первых нижних моляров
3. удлинения переднего отрезка верхнего зубного ряда
4. удлинения переднего нижнего зубного ряда

3319. Губной бампер используют для:

1. удлинения зубных рядов
2. мезиального смещения первых моляров
3. уплощения переднего отрезка верхнего зубного ряда
4. сужения зубных рядов

3320. Аппарат Норда используется для:

1. раскрытия небного шва
2. удлинения верхнего зубного ряда
3. ротации первых верхних моляров
4. расширения верхнего зубного ряда только в переднем отделе

3321. Аппарат Нанса предназначен для:

1. стабилизации положения моляров
2. вестибулярного перемещения резцов
3. выдвижения нижней челюсти
4. стабилизации положения резцов

3322. Аппарат Андресена-Гойпля для лечения перекрестной окклюзии является:

1. двучелюстным, комбинированным
2. одночелюстным, механическим
3. одночелюстным, функциональным
4. двучелюстным, функциональным

3323. Рукообразные пружины перемещают зубы:

1. мезиально
2. орально
3. вертикально
4. вестибулярно

3324. Для съемного ортодонтического аппарата рекомендуют кламмера:

1. все перечисленные
2. пуговчатые
3. Адамса
4. круглые

3325. Аппарат Брюкля предназначен для нормализации положения:

1. резцов
2. клыков
3. моляров
4. премоляров

3326. Губные пелоты способствуют:

1. росту апикального базиса челюсти
2. сдерживанию роста апикального базиса челюсти
3. устранению протрузии резцов
4. фиксации аппарата в полости рта

3327. Вид эластичной тяги при лечении мезиальной окклюзии:

1. межчелюстная по III классу
2. одночелюстная
3. межчелюстная по II классу
4. вертикальная

3328. Вид эластичной тяги при лечении трансверсальной резцовой окклюзии:

1. перекрестная
2. одночелюстная
3. межчелюстная по III классу
4. межчелюстная по II классу

3329. Фиксирующими элементами в аппарате Кламмта являются:

1. вестибулярная дуга, кламмера Адамса
2. рукообразные пружины
3. винт
4. только вестибулярная дуга

3330. Аппарат Андресена-Гойпля предназначен для:

1. нормализации окклюзии
2. расширения нижнего зубного ряда
3. дистального перемещения боковой группы зубов справа
4. удлинения зубных рядов

3331. Ортодонтический аппарат с винтом и сагиттальным распилом предназначен для:

1. расширения зубного ряда
2. коррекции положения первого постоянного моляра
3. удлинения зубного ряда
4. сохранения места

3332. Для механически действующего аппарата характерно наличие:

1. винта, лигатуры, пружины, дуги, резинового кольца
2. накусочной площадки
3. наклонной плоскости
4. щита

3333. Внутриротовая эластичная тяга используется для:

1. нормализации положения зубов, зубных рядов
2. введения дополнительного элемента аппарата: лицевая дуга, подбородочная праща
3. нормализации дыхания
4. устранения вредных привычек

3334. Брекет-система относится к аппаратам:

1. механического действия
2. комбинированного действия
3. функционального действия
4. внеротовым

3335. Регулятор функции Френкеля III типа создает условия для роста:

1. верхней челюсти
2. нижней челюсти
3. обеих челюстей
4. не влияет на рост

3336. Регулятор функции Френкеля I типа создает условия для роста:

1. нижней челюсти
2. верхней челюсти
3. обеих челюстей
4. не влияет на рост

3337. В регуляторе функции Френкеля I типа губные пелоты располагаются в области губы:

1. нижней
2. верхней
3. верхней и нижней

4. нет губных пелотов

3338. Регулятор функции Френкеля I типа позволяет расширить:

1. верхний и нижний зубные ряды
2. только нижний зубной ряд
3. не расширяет
4. верхний зубной ряд в переднем отделе

3339. В регуляторе функции Френкеля III типа окклюзионные накладки имеют отпечатки:

1. нижних зубов
2. верхних зубов
3. верхних и нижних зубов
4. нет окклюзионных накладок

3340. Аппарат Норда по способу фиксации:

1. несъемный
2. съемный
3. внеротовой
4. вестибулярный

3341. Аппарат Нанса по способу фиксации

1. несъемный
2. съемный
3. внеротовой
4. вестибулярный

3342. Рукообразные пружины перемещают центральные резцы:

1. медиально, латерально
2. вестибулярно
3. вертикально
4. дистально

3343. Лечебные аппараты используются для:

1. нормализации положения зубов, формы и размера зубных рядов и их соотношения
2. устранения вредных привычек
3. нормализации носового дыхания
4. ретенции результатов ортодонтического лечения

3344. К внутриротовым аппаратам относятся:

1. пластинки для верхней челюсти с винтом
2. лицевая дуга
3. подбородочная праща с головной шапочкой
4. маска Диляра

3345. Аппарат Андресена-Гойпля для лечения мезиальной окклюзии относится к аппаратам:

1. комбинированным
2. механическим
3. функциональным
4. капповым

3346. Регулятор функции Френкеля III типа применяется для лечения:

1. мезиальной окклюзии
2. аномалии зубных рядов

3. дистальной окклюзии с протрузией верхних резцов
4. перекрестной окклюзии

3347. Бампер Корна предназначен для:

1. нормализации и стабилизации положения первых моляров
2. экстррузии зубов
3. внедрения передней группы зубов
4. внедрения резцов нижнего зубного ряда

3348. Молярный индекс Пона равен:

1. 64
2. 85
3. 80
4. 65

3349. Срок прорезывания 12 и 22 соответствует возрасту:

1. 7-8 лет
2. 5 лет
3. 3 года
4. 11 лет

3350. Срок прорезывания 14 и 24 соответствует возрасту:

1. 8-9 лет
2. 5 лет
3. 3 года
4. 11 лет

3351. Срок прорезывания 13 и 23 соответствует возрасту:

1. 11-12 лет
2. 5 лет
3. 8 лет
4. 3 года

3352. Срок прорезывания 16 и 26 соответствует возрасту:

1. 5-6 лет
2. 11 лет
3. 8 лет
4. 3 года

3353. Срок прорезывания 32 и 42 соответствует возрасту:

1. 6-7 лет
2. 4 года
3. 8 лет
4. 11 лет

3354. Срок прорезывания 33 и 43 соответствует возрасту:

1. 10-11 лет
2. 3 года
3. 5 лет
4. 12 лет

3355. Срок прорезывания 15 и 25 соответствует возрасту:

1. 11-12 лет

2. 5-6 лет
3. 3 года
4. 8 лет

3356. К моменту рождения в норме нижняя челюсть:

1. меньше верхней
2. равна верхней
3. больше верхней на 3 мм
4. больше верхней на 5 мм

3357. Зубные ряды в окклюзии временных зубов имеют форму:

1. полукруга
2. полу эллипса
3. параболы
4. трапеции

3358. Период подготовки к смене зубов продолжается:

1. от 4 до 6 лет
2. от 3 до 4 лет
3. от 5 до 8 лет
4. от 3 до 9 лет

3359. Порядок прорезывания постоянных зубов:

1. 6-1-2-4-3-5-7
2. 1-2-4-5-3-6-7
3. 6-1-2-5-3-4-7
4. 6-2-4-3-5-7

3360. Каждый зуб верхней челюсти антагонизирует в норме с:

1. одноименным и позадистоящим зубами н/ч
2. одноименным и передистоящим зубами н/ч
3. только одноименным зубом
4. только позадистоящим

3361. Резцы нижней челюсти в норме контактируют с резцами верхней челюсти:

1. режущим краем
2. язычной поверхностью
3. вестибулярной поверхностью
4. апроксимальной поверхностью

3362. Передний щечный бугорок 16 зуба в норме контактирует с:

1. межбугорковой фиссурой
2. 46задним щечным бугорком 46
3. контактной точкой между 45 и 46
4. передней ямкой продольной фиссуры 46

3363. Гиперодонтия возникает при:

1. наличии сверхкомплектных зубов
2. отсутствии зачатков зубов
3. ретенции зубов
4. увеличении размеров зубов

3364. Тортоаномалия – это:

1. поворот зуба вокруг вертикальной оси
2. супраположение зуба
3. вестибулярный наклон зуба
4. оральное положение зуба

3365. Дистальное положение зуба - это смещение зуба:

1. назад по зубному ряду
2. вперед по зубному ряду
3. в сторону неба
4. в сторону щеки

3366. Супраположение – это положение зуба:

1. выше окклюзионной плоскости
2. поворот зуба вокруг вертикальной оси
3. вестибулярное
4. оральное

3367. II класс Энгля характеризуется смещением зубов:

1. нижней челюсти дистально
2. верхней челюсти дистально
3. нижней челюсти мезиально
4. нижней челюсти латерально

3368. Дистальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов:

1. нижней челюсти дистально
2. нижней челюсти мезиально
3. верхней челюсти дистально
4. верхней челюсти латерально

3369. Лингвоокклюзия - это смещение:

1. нижних боковых зубов язычно
2. верхних боковых зубов орально
3. верхних боковых зубов щечно
4. нижних передних зубов вестибулярно

3370. Палатокклюзия относится к аномалиям окклюзии в направлении:

1. трансверсальном
2. вертикальном
3. сагиттальном
4. сагиттальном и вертикальном

3371. В норме нижние центральные резцы имеют:

1. по 1 антагонисту
2. по 2 антагониста
3. контактируют с клыками верхней челюсти
4. контактируют с боковыми резцами верхней челюсти

3372. Щечные бугорки нижних боковых зубов в норме контактируют с(со):

1. продольными фиссурами верхних
2. щечными бугорками верхних
3. небными бугорками верхних
4. вестибулярными поверхностями верхних

3373. Резцы верхней челюсти в норме контактируют с резцами нижней челюсти:

1. небной поверхностью
2. режущим краем
3. вестибулярной поверхностью
4. апроксимальной поверхностью

3374. Базальная дуга нижней челюсти:

1. больше альвеолярной дуги
2. меньше альвеолярной дуги на 5 мм
3. равна альвеолярной дуге
4. меньше альвеолярной дуги на 3 мм

3375. Порядок прорезывания временных зубов:

1. I - II - IV - III - V
2. I - II - III - IV - V
3. II - I - III - IV - V
4. I - II - V - IV - III

3376. Вестибулоклюзия - это смещение:

1. нижних или верхних боковых зубов в щечно
2. нижних или верхних боковых зубов в орально
3. только верхних боковых зубов в орально
4. нижних передних зубов орально

3377. Небные бугорки верхних временных моляров 3-х летнего ребенка располагаются:

1. в продольной фиссуре нижних моляров
2. на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров
3. вестибулярнее щечных бугорков нижних моляров
4. на одном уровне с щечными бугорками нижних моляров

3378. Дистальные поверхности вторых временных моляров 6-летнего ребенка располагаются:

1. в одной вертикальной плоскости
2. с мезиальной ступенькой
3. с дистальной ступенькой
4. с латеральной ступенькой

3379. Задержка смены зубов:

1. персистенция
2. гиперодонтия
3. скученное положение
4. гиподонтия

3380. Отсутствие зубов – это:

1. гиподонтия
2. персистенция
3. гиперодонтия
4. ретенция

3381. Положение зуба выше окклюзионной плоскости:

1. супра-
2. оральное
3. инфра-
4. вестибулярное

3382. Щечное положение зуба – это:

1. вестибулярное
2. медиальное
3. латеральное
4. транспозиция

3383. Адентия зуба относится к аномалии:

1. количества
2. размера
3. структуры твердых тканей
4. формы

3384. Отсутствие зуба является аномалией:

1. количества
2. размера зубных рядов
3. положения
4. смыкания зубных рядов

3385. Наличие сверхкомплектных зубов относится к аномалии:

1. количества
2. размера
3. формы
4. положения

3386. Ретенция - это аномалия:

1. сроков прорезывания
2. количества
3. формы
4. размера

3387. Сужение зубного ряда – это аномалия в направлении:

1. трансверсальном
2. вертикальном
3. сагиттальном
4. вертикальном и сагиттальном

3388. К моменту рождения формируется:

1. физиологическая ретрогения
2. физиологическая прогения
3. обратная резцовая окклюзия
4. физиологическая прогения

3389. Основание черепа состоит из отделов:

1. переднего и заднего
2. заднего
3. переднего
4. мозгового и лицевого

3390. Морфологически череп разделяется на отделы:

1. мозговой и лицевой
2. челюстной и лобный
3. верхний и нижний

4. затылочный, лобный, челюстной

3391. Щечное положение зуба – это:

1. вестибулярное
2. оральное
3. мезиальное
4. дистальное

3392. Небное положение зуба – это:

1. оральное
2. мезиальное
3. супраположение
4. вестибулярное

3393. Лингвальное положение зуба – это:

1. оральное
2. дистальное
3. инфраположение
4. вестибулярное

3394. Окклюзия при привычном, статическом расположении нижней челюсти:

1. физиологическая
2. мезиальная
3. дистальная
4. перекрестная

3395. Физиологическая окклюзия - соотношение моляров по классу Энгля:

1. 1
2. 2 классу 1 подклассу
3. 3
4. 2 классу 2 подклассу

3396. Протрузия резцов нижнего зубного ряда и ретрузия резцов верхнего зубного ряда формируют окклюзию в переднем отделе:

1. обратную резцовую
2. вертикальную резцовую дизокклюзию
3. глубокую резцовую дизокклюзию
4. дистальную

3397. Ретрузия резцов нижнего зубного ряда и протрузия резцов верхнего зубного ряда формируют дизокклюзию в переднем отделе:

1. сагиттальную резцовую
2. глубокую резцовую
3. обратную резцовую
4. трансверсальную резцовую

3398. Трансверсальную резцовую окклюзию относят к аномалиям в отделе:

1. переднем
2. боковом
3. нижнем боковом
4. верхнем боковом

3399. Аномалия окклюзии боковых зубов в сагиттальной плоскости:

1. дистальная
2. сагиттальная резцовая
3. обратная резцовая
4. трансверсальная резцовая

3400. Аномалия положения зуба - смещение кзади:

1. дистальное
2. вестибулярное
3. тортаномалия
4. супра-

3401. Прорезывание зуба после 13 лет – это аномалия:

1. сроков прорезывания
2. количества
3. положения
4. формы

3402. Аномалия окклюзии передних зубов в вертикальной плоскости:

1. вертикальная резцовая дизокклюзия
2. сагиттальная резцовая дизокклюзия
3. обратная резцовая дизокклюзия
4. дистальная

3403. Уменьшение мезиодистальных размеров:

1. микроденция
2. гиподенция
3. гипероденция
4. транспозиция

3404. Уменьшение медиолатеральных размеров:

1. микроденция
2. гиподенция
3. гипероденция
4. транспозиция

3405. Бипротрузия:

1. протрузия резцов верхнего и нижнего зубных рядов
2. ретрузия резцов
3. обратная резцовая окклюзия
4. обратная резцовая дизокклюзия

3406. Дистальная окклюзия является аномалией в направлении:

1. сагиттальном
2. вертикальном
3. трансверсальном, сагиттальном и вертикальном
4. трансверсальном

3407. Укорочение зубных рядов - аномалия в направлении:

1. сагиттальном
2. вертикальном
3. трансверсальном
4. сочетанном

3408. Протрузия верхних центральных резцов – положение:

1. вестибулярное
2. оральное
3. тортоположение
4. транспозиция

3409. Бугровое смыкание клыков по II классу характерно для окклюзии:

1. дистальной
2. дизокклюзии
3. перекрестной
4. мезиальной

3410. Мезиальная окклюзия - аномалия в направлении:

1. сагиттальном
2. вертикальном и трансверсальном
3. трансверсальном
4. сагиттальном и трансверсальном

3411. Соотношение моляров по III классу Энгля – это:

1. мезиальная окклюзия
2. вертикальная резцовая дизокклюзия
3. дистальная окклюзия
4. глубокая резцовая окклюзия

3412. Соотношение моляров при физиологической окклюзии соответствует классу Энгля:

1. I
2. II классу 1 подклассу
3. III
4. II классу 2 подклассу

3413. Протрузия - аномалия положения резцов в направлении:

1. сагиттальном
2. вертикальном
3. трансверсальном
4. сочетанном

3414. Отсутствие зачатка зуба:

1. адентия
2. латеральное положение резцов, диастема
3. скученное положение
4. трема

3415. Палатокклюзия - аномалия окклюзии в направлении:

1. трансверсальном
2. вертикальном
3. сагиттальном
4. сагиттальном и трансверсальном

3416. Зубоальвеолярное укорочение в области резцов верхнего и нижнего зубных рядов соответствует аномалии окклюзии:

1. вертикальной резцовой дизокклюзии
2. глубокой резцовой окклюзии
3. обратной резцовой дизокклюзии

4. трансверсальной резцовой окклюзии

3417. Латеральное положение центральных резцов приводит к:

1. диастеме
2. тремам
3. тортоаномалии
4. транспозиции

3418. Диастема – аномалия:

1. положения центральных резцов
2. формы зубных рядов
3. размеров челюстных костей
4. смыкания зубных рядов

3419. Поворот по оси:

1. тортоаномалия
2. транспозиция
3. вестибулярное положение
4. оральное положение

3420. Гипоплазия – аномалия:

1. структуры твердых тканей
2. положения
3. формы
4. количества

3421. Физиологическая ретрогения формируется:

1. к моменту рождения
2. до образования неба
3. к моменту прорезывания первых зубов
4. не формируется

3422. Основание черепа в процессе роста взаимодействует с отделами:

1. мозговым, лицевым, шейным
2. мозговым
3. лицевым
4. шейным

3423. Зоной роста шва является слой:

1. камбиальный
2. капсулярный
3. наружный и внутренний слои перепончатой ткани
4. средняя зона шва

3424. Основание черепа состоит из отделов:

1. 2-х
2. 3-х
3. не дифференцируется
4. 4-х

3425. В процессе внутриутробного развития человека происходит закладка пар жаберных дуг:

1. 4-х
2. 2-х

3. 6-и
4. 8-и

3426. В норме клыки верхнего зубного ряда имеют по:

1. 2 антагониста
2. 1 антагонисту
3. контактируют с резцами
4. контактируют с вторыми премолярами

3427. Латеральное положение 11 и 21 является причиной:

1. диастемы
2. тремы
3. диастемы и тремы
4. макродентии

3428. Положение зуба выше окклюзионной плоскости:

1. супраположение
2. инфраположение
3. латеральное
4. мезиальное

3429. Адентия зуба относится к аномалиям:

1. количества
2. формы
3. размера
4. структуры твердых тканей

3430. Отсутствие зуба является аномалией:

1. количества зубов
2. смыкания зубных рядов
3. размера зубных рядов
4. положения зуба

3431. Положение зуба язычно:

1. лингво-
2. тортоаномалия
3. супра-
4. вестибуло-

3432. Положение зуба небно:

1. оральное
2. мезиальное
3. дистальное
4. лингвальное

3433. Аномалия окклюзии в переднем отделе в трансверсальной плоскости:

1. трансверсальная резцовая окклюзия
2. глубокая резцовая окклюзия
3. обратная резцовая окклюзия
4. сагиттальная резцовая окклюзия

3434. Аномалия положения зуба в трансверсальной и вертикальной плоскостях:

1. вестибулярное и супраположение

2. инфра - и супраположение
3. оральное и вестибулярное
4. дистальное и мезиальное

3435. Аномалия окклюзии в переднем отделе в вертикальной плоскости:

1. глубокая резцовая окклюзия
2. сагиттальная резцовая дизокклюзия
3. обратная резцовая окклюзия
4. трансверсальная резцовая окклюзия

3436. При аномалиях окклюзии необходимо провести:

1. все перечисленное
2. антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей, внешний осмотр
3. специальные методы диагностики
4. клиническое обследование

3437. С целью измерения длины тела верхней челюсти используют:

1. ТРГ - боковая проекция
2. ТРГ - прямая проекция
3. ортопантограмму
4. томографию ВНЧС

3438. Для оценки пародонта боковой группы зубов целесообразно использовать:

1. ортопантографию
2. ТРГ - прямую проекцию
3. томографию ВНЧС
4. ТРГ – боковую проекцию

3439. Аномалии размеров челюстей в сагиттальном направлении можно определить с помощью:

1. ТРГ в боковой проекции
2. ортопантографии
3. панорамной рентгенографии
4. ТРГ прямая проекция

3440. Привычка спать на спине с запрокинутой головой приводит к:

1. задержке роста нижней челюсти
2. выдвигению нижней челюсти
3. нарушению прорезывания зубов
4. нарушению положения зубов

3441. Ортопантографию в ортодонтии применяют для определения:

1. наличия зачатков постоянных зубов
2. длины нижней челюсти
3. длины верхней челюсти
4. ширины зубных рядов

3442. Низкое прикрепление уздечки верхней губы приводит к:

1. диастеме
2. ограничению подвижности нижней губы
3. увеличению подвижности зубов
4. тремам

3443. Причина диастемы:

1. адентия боковых резцов
2. неправильное вскармливание
3. рахит
4. сужение зубных рядов

3444. Ранняя потеря зуба 63 приводит к:

1. мезиальному смещению боковых зубов и латеральному передних
2. травме зачатка постоянного зуба
3. дистальному смещению боковых зубов
4. деминерализации одноименного зачатка

3445. Формированию глубокой резцовой дизокклюзии может способствовать тип роста:

1. горизонтальный
2. вертикальный
3. вышеперечисленные
4. нейтральный

3446. Недостаток места может привести к аномалии зуба:

1. положения
2. размера
3. формы
4. структуры

3447. Низкое прикрепление уздечки верхней губы является причиной:

1. латерального положения центральных резцов, диастемы
2. ретенции центральных резцов верхней челюсти
3. транспозиции резцов
4. дистальной окклюзии

3448. Причина мезиального наклона зуба 16:

1. преждевременное удаление 55
2. макроденция нижних зубов
3. сверхкомплектный зуб в области 45
4. давление зачатка 47

3449. Возможная причина вертикальной резцовой дизокклюзии:

1. нарушение функции языка
2. прикусывание щеки
3. сон с запрокинутой головой
4. нестершиеся бугры временных клыков

3450. Привычка сосания большого пальца приводит к:

1. вертикальной резцовой дизокклюзии
2. мезиальной окклюзии
3. протрузии нижних резцов
4. глубокой резцовой дизокклюзии

3451. К мезиальной окклюзии приводит:

1. верхняя микрогнатия и нижняя макрогнатия
2. верхняя макрогнатия и нижняя микрогнатия
3. верхняя прогнатия
4. нижняя ретрогнатия

3452. Причиной скученности зубов является:

1. сужение и укорочение зубного ряда
2. макроглоссия
3. микроденция
4. макрогнатия

3453. Небное положение 15 и 25 обусловлено:

1. сужением и укорочением верхнего зубного ряда
2. макроденцией зуба 12
3. недоразвитием нижней челюсти
4. смещением верхней челюсти

3454. Положение языка между передними зубами приводит к:

1. вертикальной резцовой дизокклюзии
2. мезиальной окклюзии
3. глубокой резцовой окклюзии
4. дистальной окклюзии

3455. Прикусывание пальца приводит к:

1. протрузии резцов верхней челюсти и ретрузии резцов нижней челюсти
2. травме языка
3. выдвигению нижней челюсти
4. прикусыванию щек

3456. Вредная привычка сосания пальца явилась причиной:

1. ретрузии нижних резцов
2. формирования трансверсальной аномалии окклюзии
3. смещения средней линии
4. смещения нижней челюсти латерально

3457. Вредная привычка сосания пальца явилась причиной:

1. сагиттальной резцовой дизокклюзии
2. прямой резцовой окклюзии
3. глубокой резцовой окклюзии
4. глубокой резцовой дизокклюзии

3458. Поздняя смена зуба 63 является причиной:

1. вестибулярного прорезывания 23
2. сужения зубного ряда
3. транспозиции 23
4. адентии 12

3459. Углубление кривой шпее создает:

1. дефицит места
2. избыток места
3. не влияет
4. нормализует окклюзию

3460. Причиной биальвеолярной протрузии может послужить:

1. макроглоссия
2. микроглоссия
3. микроденция
4. гипертонус круговой мышцы рта

3461. К аномалиям размеров зубов относится:

1. микроденция
2. микрогнатия
3. макроглоссия
4. глоссоптоз

3462. Недостаток фтора в питьевой воде является фактором:

1. экзогенным общим
2. эндогенным общим
3. экзогенным местным
4. эндогенным местным

3463. К аномалиям размеров зубов относится:

1. макроденция
2. микрогнатия
3. макроглоссия
4. макрогнатия

3464. Причиной диастемы может быть:

1. низко прикрепленная уздечка верхней губы
2. макроденция
3. укороченная уздечка языка
4. мелкое преддверие полости рта

3465. Ранняя потеря молочных моляров может привести к:

1. наклону соседних зубов в сторону дефекта
2. удлинению зубной дуги
3. диастеме
4. вертикальной резцовой дизокклюзии

3466. При вредной привычке сосания пальца формируется:

1. протрузия передней группы зубов верхней челюсти
2. дизокклюзия в боковых отделах
3. носовое дыхание
4. чрезмерное развитие нижней челюсти

3467. Вредная привычка сосания пальца является признаком нарушений:

1. неврологических
2. эстетических
3. травматических
4. социальных

3468. Причина трем:

1. микроденция
2. широкая уздечка уздечка языка
3. сужение зубных рядов
4. нарушения окклюзии

3469. Нарушение носового дыхания приводит к аномалии зубного ряда:

1. сужению верхнего
2. расширению нижнего
3. укорочению нижнего

4. уплощению верхнего во фронтальном отделе

3470. Вертикальная резцовая дизокклюзия может являться следствием:

1. зубоальвеолярного удлинения боковой группы зубов и укорочения передней группы
2. тортоаномалии зубов
3. нарушения развития твердых тканей
4. наличия сверхкомплектных

3471. Ранняя потеря зуба 53 приводит к:

1. мезиальному смещению боковых зубов
2. травме зачатка постоянного зуба 23
3. травме зачатка постоянного зуба 13
4. деминерализации одноименного зачатка

3472. Ротовое дыхание оказывает влияние на:

1. положение языка
2. размеры зубов
3. положение уздечки верхней губы
4. форму зубов

3473. Гипертрофия небных миндалин и аденоиды нижних носовых раковин приводят к формированию:

1. палатиноокклюзии
2. мезиальной окклюзии
3. глубокой резцовой окклюзии
4. обратной резцовой окклюзии

3474. К лицевым признакам при синдроме Crouson относят:

1. резкое недоразвитие среднего отдела лица
2. чрезмерное развитие нижней челюсти
3. чрезмерное развитие верхней челюсти
4. резкое недоразвитие верхнего участка лица

3475. Резкое недоразвитие среднего отдела лица отмечается при:

1. синдром Crouson
2. краниоклюичный дизостоз
3. синдром Франческетти
4. гипогидротическая эктодермальная дисплазия

3476. Удлиненное лицо – следствие:

1. чрезмерного вертикального роста челюстей
2. чрезмерного горизонтального роста челюстей
3. нейтрального роста
4. недоразвития верхней челюсти

3477. Признаки длинного лица характерны для направления роста:

1. вертикального
2. горизонтального
3. вышеперечисленных
4. нейтрального

3478. Причина микродентии:

1. генетически детерминированный фактор

2. низкое прикрепление уздечки верхней губы
3. свехкомплектный зуб
4. нарушение функции глотания

3479. Аномалии окклюзии в трансверсальной плоскости:

1. палатиноокклюзия
2. мезиальная окклюзия
3. глубокая резцовая окклюзия
4. биальвеолярная протрузия

3480. Аномалия положения клыка обусловлена:

1. мезиальным смещением боковых зубов
2. нарушением функции языка
3. укороченной уздечкой языка
4. микродентией клыка

3481. Уменьшение морфологической высоты лица у пациентов с дистальной окклюзией и ретрузией резцов верхней челюсти обусловлен:

1. зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов
2. зубоальвеолярным удлинением в области боковых зубов
3. зубоальвеолярным укорочением в области передних зубов
4. протрузией резцов

3482. При глубокой резцовой окклюзии может изменяться:

1. нижняя морфологическая высота лица
2. ширина лица
3. средняя морфологическая высота лица
4. глубина лица

3483. К эндогенным причинам возникновения зубочелюстных аномалий относятся:

1. токсикозы 1-го триместра беременности
2. вредные привычки ребенка
3. родовая травма
4. искусственное вскармливание

3484. Нарушение функции носового дыхания влияет на форму зубного ряда:

1. верхнего
2. уплощение нижнего в переднем отделе
3. сужение нижнего
4. расширению нижнего

3485. Привычка ребёнка спать с запрокинутой головой способствует формированию окклюзии:

1. дистальной
2. перекрестной
3. мезиальной
4. вертикальной резцовой дизокклюзии

3486. Морфологические нарушения, приводящие к дистальной окклюзии:

1. сужение верхнего зубного ряда
2. дистопия
3. ретенция
4. бипротрузия

3487. Привычка сосания большого пальца приводит к нарушению формы зубного ряда:

1. верхнего и нижнего в переднем отделе
2. нижнего в трансверсальном направлении
3. верхнего в боковом
4. укорочению верхнего

3488. Аденоидный тип лица является признаком окклюзии:

1. вертикальной резцовой дизокклюзии
2. мезиальной
3. нейтральной
4. дистальной

3489. Привычка детей подкладывать руку под подбородок является причиной окклюзии:

1. дистальной
2. палатино-
3. вертикальной резцовой дизокклюзии
4. мезиальной

3490. Функцию смыкания губ можно нормализовать:

1. лечебной гимнастикой круговой мышцы рта и нормализацией положения языка в акте глотания
2. пластикой уздечки верхней губы
3. удалением зубов по методу Хотца
4. пластикой уздечки нижней губы

3491. Сиптомом гипертонуса круговой мышцы рта является:

1. симптом наперстка в области подбородка при глотании
2. надподбородочная складка
3. выступание верхней губы
4. выступание нижней губы

3492. Фактором в формировании вертикальной резцовой окклюзии является:

1. зубоальвеолярное удлинение в области жевательной группы зубов
2. зубоальвеолярное удлинение в области передней группы зубов
3. ретрузия резцов
4. протрузия резцов

3493. Причиной трансверсальной резцовой окклюзии являются нарушения:

1. одностороннее сужение зубного ряда
2. функции глотания
3. функции дыхания
4. гипотонус круговой мышцы рта

3494. Глубокая резцовая окклюзия является аномалией в направлении:

1. вертикальном
2. сагиттальном
3. трансверсальном
4. трансверсальном, сагиттальном

3495. Дистальная окклюзия является аномалией в направлении:

1. сагиттальном
2. вертикальном, сагиттальном, трансверсальном
3. вертикальном
4. трансверсальном

3496. Мезиальная окклюзия является аномалией в направлении:

1. сагиттальном
2. вертикальном, сагиттальном, трансверсальном
3. вертикальном
4. трансверсальном

3497. Причиной диастемы являются:

1. микроденция зубов верхней челюсти
2. мелкое преддверие полости рта
3. укороченная уздечка языка
4. ротовое дыхание

3498. Проявлением глубокой резцовой окклюзии является:

1. симптом наперстка
2. зубоальвеолярное укорочение фронтального участка нижней челюсти
3. вогнутая форма профиля лица
4. увеличение нижней трети лица

3499. Ведущим фактором в формировании вертикальной резцовой дизоокклюзии является:

1. нарушенная функция языка
2. низкое прикрепление уздечки верхней губы
3. мелкое преддверие
4. адентия

3500. Причиной глубокой резцовой дизоокклюзии являются нарушения:

1. зубоальвеолярное удлинение в переднем отделе
2. миодинамического равновесия
3. функции глотания
4. функции дыхания

3501. Причиной глубокой резцовой окклюзии является:

1. привычка подкладывать руку под подбородок
2. нарушение функции языка
3. нарушение носового дыхания
4. фонетические нарушения

3502. При глубокой резцовой окклюзии отмечается:

1. зубоальвеолярное укорочение в области жевательной группы зубов
2. симптом наперстка
3. интрузия резцов
4. экструзия моляров

3503. Привычка сосания пальца является причиной окклюзии:

1. дистальной
2. мезиальной
3. глубокой резцовой
4. гипертонуса жевательных мышц

3504. Причина вестибулярного прорезывания зуба 13:

1. персистентный 53
2. нарушение функции глотания
3. нарушение функции дыхания

4. адентия временных моляров

3505. Причина мезиального смещения постоянных премоляров и моляров:

1. ранняя потеря временных клыков
2. сверхкомплектные зубы
3. дистальная окклюзия
4. глубокая резцовая окклюзия

3506. Глубокая резцовая дизоокклюзия является аномалией в направлении:

1. вертикальном
2. вертикальном, трансверсальном
3. сагиттальном
4. трансверсальном

3507. Симптом наперстка наблюдается при:

1. нарушении глотания, нарушении миодинамического равновесия
2. низком прикреплении уздечки верхней губы
3. диастеме
4. тремах

3508. Вялый тип жевания приводит к:

1. скученному положению зубов
2. тремам
3. диастеме
4. адентии зубов

3509. Длительное использование соски-пустышки приводит к:

1. сагиттальной резцовой дизоокклюзии
2. мезиальной окклюзии
3. ретрузии резцов верхнего зубного ряда
4. обратной резцовой дизоокклюзии

3510. Одна из причин трансверсальных аномалий окклюзии:

1. нестираемость бугров временных клыков
2. укорочение уздечки языка
3. инфантильный тип глотания
4. вялое жевание

3511. Для ангидротической формы эктодермальной дисплазии характерно:

1. гиподентия
2. макродентия
3. гипердентия
4. наличие всех зачатков постоянных зубов

3512. Причиной уплощения переднего участка нижнего зубного ряда является:

1. укорочение уздечки языка
2. задержка прорезывания постоянных зубов
3. сужение зубных рядов
4. ретенция зубов

3513. Диастема возникает в результате аномалии:

1. положения зубов
2. макродентии

3. микрогнатии
4. палатиноокклюзии

3514. Сагиттальная щель может быть обусловлена:

1. протрузией резцов верхней челюсти; ретрузией резцов нижней челюсти
2. протрузией резцов верхней и нижней челюсти
3. протрузией резцов нижней челюсти; ретрузией резцов верхней челюсти
4. ретрузией резцов верхней и нижней челюсти

3515. Сужение зубных рядов в трансверсальной плоскости проводит к:

1. скученному положению резцов
2. персистенции
3. гиперодонтии
4. гиподонтии

3516. Причина укорочения зубного ряда - смещение зубов:

1. мезиально
2. вестибулярно
3. латерально
4. транспозиция

3517. Обратная резцовая окклюзия обусловлена:

1. ретрузией резцов верхней и протрузией резцов нижней челюсти
2. протрузией резцов верхней и нижней челюсти
3. протрузией резцов нижней челюсти
4. протрузией резцов верхней челюсти, ретрузией резцов нижней челюсти

3518. Макродентия – аномалия:

1. размера
2. формы
3. положения
4. все вышеперечисленное

3519. Линия, соответствующая основанию верхней челюсти, обозначается:

1. NL
2. ML
3. NSL
4. FH

3520. Франкфуртская горизонталь проводится через точки:

1. Or-Po
2. N-S
3. Ar-Go
4. Go-Pg

3521. Гониальный угол обозначается:

1. Go
2. Ar
3. Co
4. Po

3522. Передняя точка подбородка обозначается:

1. Pg

2. D) Me
3. Ar
4. Go

3523. Наиболее глубокая точка на переднем контуре апикального базиса верхней челюсти:

1. A
2. B
3. Me
4. Pg

3524. Наиболее углубленная точка на переднем контуре базиса нижней челюсти:

1. B
2. Pg
3. Me
4. A

3525. Линия NS соответствует плоскости:

1. переднего отдела основания черепа
2. основания нижней челюсти
3. основания верхней челюсти
4. эстетической по Rikets

3526. Точка Ar расположена на:

1. заднем контуре суставной головки нижней челюсти
2. переднем контуре апикального базиса нижней челюсти
3. переднем контуре апикального базиса верхней челюсти
4. вершине суставной головки нижней челюсти

3527. Точка Me соответствует:

1. передней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти
2. вершине суставной головки
3. точке пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти
4. передней точке подбородочного выступа

3528. Точка Pt является:

1. верхней дистальной точкой крыловидно-верхнечелюстной щели
2. серединой турецкого седла
3. нижней точкой края орбиты
4. верхней точкой наружного слухового прохода

3529. Точка центра турецкого седла:

1. S
2. Po
3. Pt
4. Ba

3530. Передняя точка верхней челюсти:

1. Sna
2. Snp
3. Go
4. Co

3531. Задняя точка верхней челюсти:

1. Snp
2. Co
3. Go
4. Sna

3532. Точка А является:

1. наиболее глубокой точкой на переднем контуре апикального базиса верхней челюсти
2. наиболее глубокой точкой на переднем контуре апикального базиса нижней челюсти
3. передней точкой носолобного шва
4. центром турецкого седла

3533. Точка Go является:

1. точкой пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти
2. передней точкой апикального базиса нижней челюсти
3. вершиной суставной головки
4. передней точкой подбородочного выступа

3534. Точка P<sub>g</sub> соответствует:

1. передней точке подбородочного выступа
2. нижней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти
3. точке пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти
4. передней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти

3535. Зубоальвеолярную высоту переднего отдела верхней челюсти характеризует параметр:

1. U1 – NL
2. U6 – NL
3. L1 – ML
4. L1 – ML

3536. С целью измерения длины тела верхней челюсти используют:

1. ТРГ - боковая проекция
2. ТРГ - прямая проекция
3. ортопантограмму
4. томографию ВНЧС

3537. Положение зубов ниже окклюзионной плоскости:

1. инфраположение
2. оральное
3. дистальное
4. вестибулярное

3538. Аномалия окклюзии в трансверсальной плоскости:

1. вестибулоокклюзия
2. глубокая резцовая окклюзия
3. обратная резцовая окклюзия
4. обратная резцовая дизокклюзия

3539. Для торка характерен наклон зуба:

1. вестибуло-оральный
2. мезио-дистальный
3. лабио-лингвальный
4. лабио-латеральный

3540. Ротированный моляр или премоляр занимает в зубном ряду:

1. больше места
2. меньше места
3. ротация не имеет значения
4. положение зависит от расположения передних зубов

3541. Ротированный резец занимает в зубном ряду:

1. меньше места
2. больше места
3. ротация не имеет значения
4. зависит от направления ротации

3542. Поворот зуба вокруг вертикальной оси называется:

1. ротация
2. торк
3. ангуляция
4. инклинация

3543. Для ангуляции характерен наклон зуба:

1. медио-латеральный
2. вестибуло-оральный
3. межрезцовый угол
4. лабио-латеральный

3544. Латеральное смещение нижней челюсти определяется на:

1. ТРГ головы в прямой проекции
2. ортопантограмме
3. ТРГ головы в боковой проекции
4. панорамной рентгенограмме

3545. С помощью пластинки Хинца возможно:

1. устранение вредных привычек
2. ретенция результатов после ортодонтического лечения
3. сохранение места в зубном ряду после раннего удаления временных зубов
4. углубление преддверия полости рта

3546. Для устранения вредной привычки прикусывания нижней губы применяют:

1. вестибулярную пластинку
2. моноблок Андресена-Гойпля
3. пластинку Рейхенбаха-Брюкля
4. аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии

3547. Вестибулярная пластинка Хинца позволяет:

1. устранить вредные привычки
2. переместить боковые зубы дистально
3. изменить наклон моляров
4. предупредить смещение моляров дистально

3548. Вестибулярная пластинка Хинца позволяет:

1. предупредить прокладывание языка между зубами
2. переместить боковые зубы дистально
3. изменить наклон моляров
4. предупредить смещение моляров мезиально

3549. Устранить вредные привычки можно с помощью:

1. вестибулярной пластинки Хинца
2. пластинки с протрагирующими пружинами
3. аппарата Брюкля
4. регулятора функции Френкеля

3550. Предупредить прокладывание языка между зубами можно с помощью:

1. вестибулярной пластинки Хинца
2. пластинки с протрагирующими пружинами
3. аппарата Брюкля
4. регулятора функции Френкеля

3551. Вестибулярная пластинка Хинца с наклонной плоскостью является аппаратом:

1. лечебно-профилактическим
2. ретенционным
3. профилактическим
4. капповым

3552. Вестибулярная пластинка Хинца с заслонкой для языка является аппаратом:

1. лечебно-профилактическим
2. профилактическим
3. ретенционным
4. капповым

3553. Профилактическими мероприятиями зубочелюстных аномалий являются:

1. устранение вредных привычек, нормализация функции дыхания и глотания
2. расширение зубных рядов
3. смещение нижней челюсти вперед
4. устранение диастемы

3554. Затрудненное носовое дыхание является причиной:

1. сужения верхнего зубного ряда
2. адентии
3. ретенции зубов
4. лингвоокклюзии

3555. Инфантильное глотание является причиной:

1. вертикальной резцовой дизокклюзии
2. макроглоссии
3. множественного кариеса
4. дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

3556. Операция перемещения уздечки верхней губы необходима для:

1. нормализации положения 11 и 21
2. нормализации роста апикального базиса нижней челюсти
3. устранения инфантильного глотания
4. нормализации артикуляции языка

3557. Вестибулярные пластинки для предупреждения аномалий окклюзии используют в возрасте (лет):

1. 3-6
2. до года

3. 12-14

4. 14-18

3558. Пришлифовывание бугров молочных клыков производится для:

1. профилактики аномалий окклюзии
2. эстетического эффекта
3. стимуляции прорезывания постоянных зубов
4. профилактики ретенции зубов

3559. Пластиночные протезы с замещением отсутствующих зубов показаны для:

1. стимуляции прорезывания постоянных зубов, нормализации функции жевания, сохранения места для постоянных зубов
2. расширения нижнего зубного ряда
3. сдерживания роста апикального базиса нижней челюсти
4. сдерживания роста апикального базиса верхней челюсти

3560. Укороченная уздечка языка является причиной:

1. уплощения переднего участка нижнего зубного ряда
2. задержке прорезывания постоянных зубов
3. сужения верхнего зубного ряда
4. лингвоокклюзии

3561. Укороченная уздечка языка является причиной:

1. нарушения глотания
2. задержке прорезывания постоянных зубов
3. сужению верхнего зубного ряда
4. лингвоокклюзии

3562. Наиболее эффективно использование преортодонтического миотрейнера в возрасте (лет):

1. 5-7
2. 10-18
3. 18-25
4. 0-3

3563. Показание для использования преортодонтических миотрейнеров:

1. функциональные нарушения
2. адентия
3. макродентия
4. задержка прорезывания зубов

3564. С целью сохранения места в зубном ряду после раннего удаления молочных зубов используют:

1. профилактический пластиночный протез с искусственными зубами
2. мостовидный протез
3. аппарат Френкеля
4. аппарат Персина

3565. Частичный съемный пластиночный протез используется для профилактики:

1. дефицита места в зубном ряду для постоянного зуба
2. мезиальной окклюзии
3. вертикальной резцовой дизокклюзии
4. дистальной окклюзии

3566. Вестибулярная пластинка Хинца с наклонной плоскостью применяется при:

1. протрузии верхних резцов
2. ретрузии резцов верхнего зубного ряда
3. мезиальной окклюзии
4. ретрузии нижних и верхних резцов

3567. Вестибулярная пластинка с упором применяется для профилактики аномалии окклюзии:

1. вертикальной резцовой дизокклюзии
2. дистальной
3. мезиальной
4. трансверсальной резцовой

3568. Вестибулярная пластинка Хинца предупреждает:

1. прокладывание языка между зубными рядами
2. смещение нижней челюсти вперед
3. смещение нижней челюсти назад
4. адентию

3569. Преортодонтический миотрейнер не показан для профилактики аномалий окклюзии:

1. мезиальной
2. дистальной
3. трансверсальной резцовой
4. вертикальной резцовой дизокклюзии

3570. При функциональных нарушениях в возрасте от 3х до 5 лет показано использование:

1. преортодонтического миотрейнера
2. капп
3. небного бюгеля
4. квадхеликса

3571. Соску можно использовать до возраста (лет):

1. до года
2. до 3-х
3. 4-х
4. 5-ти

3572. Профилактика привычки прокладывания языка между резцами верхней и нижней челюсти возможна с помощью:

1. преортодонтического миотрейнера
2. небного бюгеля
3. аппарата Pendulum
4. пластинки с накусочной площадкой

3573. Профилактические аппараты используют до:

1. 5-ти лет
2. до 3-х лет
3. 4-х лет
4. 12 мес

3574. Привычка прокладывания языка между резцами верхней и нижней челюстей устраняется с помощью:

1. преортодонтического миотрейнера
2. небного бюгеля
3. аппарата Pendulum

4. пластинки с накусочной площадкой

3575. С помощью преортодонтического трейнера возможно:

1. устранение вредных привычек и расширение зубных рядов
2. ретенция результатов после ортодонтического лечения
3. сохранение места в зубном ряду после раннего удаления временных зубов
4. углубление преддверия полости рта

3576. Для расширения зубных рядов и нормализации окклюзии в возрасте от 3-х до 5 лет:

1. преортодонтический миотрейнер
2. моноблок Андрезена-Гойпля
3. пластинку Рейхенбаха-Брюкля
4. аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии

3577. Функциональные нарушения нуждаются в:

1. профилактических и лечебных мероприятиях
2. лечебных мероприятиях
3. хирургическом лечении
4. наблюдении

3578. При укороченной уздечке языка необходимо:

1. хирургическое лечение
2. профилактические мероприятия
3. лечебные мероприятия
4. наблюдение

3579. Привычка сосания пальца нуждается в:

1. профилактических мероприятиях
2. лечебных мероприятиях
3. хирургическом лечении
4. наблюдении

3580. Вестибулярная пластинка Хинца позволяет:

1. устранить вредные привычки
2. переместить боковые зубы дистально
3. изменить наклон моляров
4. предупредить смещение моляров мезиально

3581. Пластинка для верхней челюсти с упором для языка показана для:

1. предупреждения прокладывания языка между зубами
2. перемещения боковых зубов дистально
3. изменения наклона моляров
4. предупреждения смещения моляров мезиально

3582. Устранить вредные привычки и сместить нижнюю челюсть можно с помощью:

1. вестибулярной пластинки Хинца с наклонной плоскостью
2. пластинки с протрагирующими пружинами
3. аппарата Брюкля
4. регулятора функции Френкеля

3583. Преортодонтический миотрейнер показан при:

1. протрузии резцов и недоразвитии нижней челюсти
2. недоразвитии верхней челюсти

3. мезиальной окклюзии
4. ретрузии резцов верхней челюсти

3584. Преортодонтический миотрейнер является аппаратом:

1. лечебно-профилактическим
2. ретенционным
3. профилактическим
4. каповым

3585. Пластика укороченной или неправильно прикрепленной уздечки языка необходима для:

1. все перечисленное
2. нормализации роста апикального базиса нижней челюсти
3. устранения инфантильного глотания
4. нормализации артикуляции языка

3586. Частичный съемный протез используют для профилактики:

1. дефицита места в зубном ряду для постоянного зуба
2. мезиальной окклюзии
3. вертикальной резцовой дизокклюзии
4. дистальной окклюзии

3587. С целью сохранения места в зубном ряду после раннего удаления молочных зубов используют:

1. профилактический пластиночный протез с искусственными зубами
2. мостовидный протез
3. регулятор функций Френкеля
4. аппарат Персина

3588. Для тренировки мышц и нормализации функции языка используется:

1. пластинка Хинца с бусиной
2. аппарат Андресена-Гойпля
3. пластинка с накусочной площадкой
4. расширяющая пластинка

3589. После раннего удаления молочных зубов используют:

1. профилактический пластиночный протез с искусственными зубами
2. мостовидный протез
3. аппарат Френкеля
4. аппарат Персина

3590. Привычка сосания пальца нуждается в:

1. консультации невролога
2. лечебных мероприятиях
3. хирургическом лечении
4. наблюдении

3591. Упражнения для мышц, выдвигающих нижнюю челюсть, рекомендуются при:

1. недоразвитии нижней челюсти
2. сужении зубных рядов
3. мезиальной окклюзии
4. верхней ретрогнатии

3592. Привычка прокладывания языка между зубами нуждается в:

1. профилактических мероприятиях

2. лечебных мероприятиях
3. хирургическом лечении
4. наблюдении

3593. Привычка прикусывания нижней губы нуждается в:

1. профилактических мероприятиях
2. лечебных мероприятиях
3. хирургическом лечении
4. наблюдении

3594. Привычка сосания пальца нуждается в:

1. профилактических мероприятиях
2. лечебных мероприятиях
3. хирургическом лечении
4. наблюдении

3595. Функцию глотания можно нормализовать:

1. лечебной гимнастикой круговой мышцы рта и нормализацией положения языка в акте глотания
2. пластикой уздечки верхней губы
3. удалением зубов по методу Хотца
4. пластикой уздечки нижней губы

3596. Профилактика зубочелюстных аномалий включает:

1. устранение вредных привычек, нормализацию функции глотания
2. гигиену полости рта
3. рациональное питание
4. только санацию полости рта

3597. Небное положение боковых зубов верхней челюсти приводит к формированию:

1. палатоокклюзии
2. дистальной окклюзии
3. глубокой резцовой окклюзии
4. трансверсальной резцовой окклюзии

3598. Вестибулоокклюзия – это положение боковых зубов:

1. щечное
2. небное
3. лингвальное
4. язычное

3599. Лингвоокклюзия – это положение боковых зубов:

1. язычное
2. небное
3. щечное
4. вестибулярное

3600. Палатиноокклюзия – это положение боковых зубов:

1. небное
2. лингвальное
3. щечное
4. вестибулярное

3601. Обмен местами зубов называется:

1. транспозиция
2. супраположение
3. вестибулярное
4. инфраположение

3602. В норме вторые моляры имеют:

1. по 2 антагониста
2. по 1 антагонисту
3. смыкание с клыками
4. смыкание с боковыми резцами

3603. Положение зуба лингвально:

1. язычное
2. инфраположение
3. оральное
4. вестибулярное

3604. Аномалия окклюзии в переднем отделе:

1. вертикальная резцовая дизокклюзия
2. перекрестная
3. вестибулоокклюзия
4. дизокклюзия

3605. Щечное положение зуба – это:

1. вестибулярное
2. инфраположение
3. вестибулярное и супраположение
4. оральное

3606. Положение зубов относительно окклюзионной плоскости:

1. супра -, инфра-
2. медиальное
3. латеральное
4. мезиальное

3607. Положение зуба небно:

1. оральное
2. мезиальное
3. супраположение
4. дистальное

3608. Положение 43 и 33 выше окклюзионной плоскости:

1. супраположение
2. дистальное положение
3. ретенция
4. адентия

3609. При физиологической окклюзии верхние резцы перекрывают нижние резцы на:

1. 1/3 высоты коронки
2. 1/2 высоты коронки резцов
3. 2/3 высоты коронки резцов
4. всю высоту

3610. Смыкание первых моляров при физиологической окклюзии соответствует:

1. I классу
2. II классу 1 подклассу
3. III классу
4. II классу 2 подклассу

3611. Аномалия окклюзии в вертикальном направлении:

1. прямая резцовая окклюзия
2. лингво-
3. палатино-
4. сагиттальная резцовая дизокклюзия

3612. Аномалия окклюзии в сагиттальном направлении:

1. сагиттальная резцовая дизокклюзия
2. лингво-
3. палатино-
4. трансверзальная резцовая окклюзия

3613. Мезиальное смещение зуба - это аномалия:

1. положения
2. формы
3. количества
4. структуры твердых тканей

3614. Смыкание боковых зубов при физиологической окклюзии соответствует классу Энгля:

1. I
2. II классу 1 подклассу
3. III
4. II классу 2 подклассу

3615. Соотношение первых моляров по 1 классу Энгля соответствует окклюзии в боковом отделе:

1. физиологической
2. мезиальной
3. дистальной
4. перекрестной

3616. Аномалия окклюзии передних зубов:

1. вертикальная резцовая дизокклюзия
2. дистальная
3. мезиальная
4. трансверсальная

3617. Возраст, в котором прорезываются временные центральные резцы нижней челюсти:

1. 6-8 месяцев
2. 20-30 месяцев
3. 5-6 лет
4. 12-16 месяцев

3618. Первый постоянный моляр прорезывается в возрасте:

1. 5-6 лет
2. 8-9 лет
3. 20-30 месяцев
4. 11-12 лет

3619. Пальпацию височнонижнечелюстного сустава проводят:

1. через кожу в области козелка уха
2. со стороны полости рта
3. через кожу в заушной области
4. через кожу в области лобного отростка височной кости

3620. Низкое прикрепление уздечки верхней губы вызывает в тканях пародонта изменения:

1. местные
2. генерализованные
3. общие
4. физиологические

3621. К аномалиям сроков прорезывания зубов относится:

1. ретенция
2. тортоаномалия
3. сверхкомплектный зуб
4. микроденция

3622. Увеличение числа зубов по сравнению с нормой называется:

1. гиперодонтией
2. гиподонтией
3. макродонтией
4. микродонтией

3623. Соединение, придающее выдыхаемому воздуху неприятный запах:

1. сероводород
2. фосфат кальция
3. индол
4. двуокись углерода

3624. Топографическая зона ротовой полости, благоприятная для размножения микрофлоры:

1. язык
2. подъязычная область
3. преддверие ротовой полости
4. твердое небо

3625. Термин, использующийся для обозначения устойчивого неприятного запаха воздуха, выдыхаемого человеком:

1. галитоз
2. бруксизм
3. дистресс-синдром
4. синдром Стейтона-Капдепона

3626. Наличие еле уловимого, практически не различимого запаха, который воспринимается как значительный – это:

1. псевдогалитоз
2. истинный галитоз
3. галитофобия
4. патологический галитоз

3627. Отсутствие какого-либо неприятного оттенка в запахе выдыхаемого воздуха при стойкой убежденности пациента в обратном:

1. галитофобия
2. истинный галитоз
3. псевдогалитоз
4. патологический галитоз

3628. Тип фиссур зубов по форме:

1. каплеобразные
2. пирамидальные
3. минерализованные
4. округлые

3629. Минерализация зубов происходит особенно интенсивно в течение:

1. 2 лет
2. 6 месяцев
3. 1 года
4. 1 месяца

3630. В состав эмали входят:

1. гидроксиапатиты
2. йодапатиты
3. фосфориды
4. хлорофиллины

3631. Естественное минеральное запечатывание фиссур происходит за счет:

1. эмалевого ликвора
2. десневой жидкости
3. гликопротеидов слюны
4. минеральных компонентов пелликулы

3632. Для диагностики очаговой деминерализации используют раствор:

1. 2% метиленового синего
2. Шиллера–Писарева
3. эритрозина
4. 5% спиртовой йода

3633. Микроорганизмы, вырабатывающие летучие сернистые соединения при оральном галитозе:

1. Bacteroides
2. Vibrio cholerae
3. Togaviridae
4. Streptococcus aureus

3634. Для органолептического определения запаха выдыхаемого воздуха используют:

1. тест с зубной нитью
2. электромиографию
3. индекс язычного налета
4. аксиографию

3635. К факторам риска развития воспалительных заболеваний пародонта можно отнести:

1. заболевания ребенка в первые годы жизни
2. избыточное содержание фторидов в воде
3. неудовлетворительную гигиену полости рта
4. заболевания матери во время беременности

3636. Воспаление тканей десны, протекающее без нарушения целостности зубодеснев ого прикрепления, называется:

1. гингивитом
2. пародонтитом
3. пародонтозом
4. пародонтомой

3637. При кандидозной этиологии эзофагита в полости рта отмечают:

1. творожистые массы или беловато-серые легко снимаемые пленки на поверхности языка
2. налет на языке серого цвета
3. множественный кариес
4. папулы ярко-красного цвета

3638. При гастроэзофагальной рефлюксной болезни в полости рта выявляется:

1. пародонтит
2. абсцесс
3. эпулис
4. пародонтоз

3639. При герпетическом поражении в полости рта наблюдается:

1. острый язвенный гингивостоматит
2. пародонтоз
3. желто-коричневое окрашивание налета на языке
4. патология мягких тканей полости рта

3640. При аллергическом остром гастрите в полости рта наблюдается:

1. высыпание бледно-красного цвета с четкой каймой розового цвета
2. эпулис
3. язва
4. периодонтит

3641. При хроническом гастрите в полости рта наблюдается:

1. лакированный язык
2. пародонтоз
3. язва
4. кариес

3642. У пациента с хронической формой гастрита наблюдается:

1. фиксированная форма десквамативного глоссита
2. дистальный прикус
3. открытый прикус
4. бруксизм

3643. При хроническом гепатите типа В в полости рта наблюдаются:

1. цианотичный язык, отечность, гипертрофированные нитевидные сосочки
2. выраженная гиперестезия языка, чувство жжения
3. ксеростомия, язвы
4. флюороз, актиномикоз

3644. При хроническом гепатите типа С в полости рта наблюдается:

1. парестезия в области корня и кончика языка
2. гиперестезия языка
3. ксеростомия

#### 4. херувизм

3645. При хронической рецидивирующей язвенной болезни в полости рта наблюдается:

1. увеличение сосочков языка
2. ксеростомия
3. выраженная гиперестезия языка
4. флюороз

3646. При острых гепатитах в полости рта наблюдается:

1. сухость слизистой оболочки рта
2. флюороз
3. абсцесс подъязычной области
4. актиномикоз

3647. При атеросклерозе в полости рта наблюдается:

1. участок дистрофии соединительной ткани
2. гнойно-воспалительный очаг
3. лакированный язык
4. флюороз

3648. При гипертонической болезни в полости рта наблюдается:

1. пузырьно-сосудистый синдром
2. участок дистрофии соединительной ткани
3. лакированный язык
4. тортоаномалии

3649. Причиной, вызывающей изменение цвета зуба, является:

1. внешнее окрашивание
2. почечная недостаточность
3. инсульт
4. муковисцидоз

3650. К девитальному окрашиванию зубов приводит:

1. депульпирование зубов
2. аномалия желчных путей
3. несовершенный амелогенез
4. несовершенный дентиногенез

3651. Стандартная шкала определения цвета:

1. Vita
2. Filtek
3. Gradia
4. Charisma

3652. Индексом оценки интенсивности кариеса является:

1. КПУ
2. СРITN
3. ИГР-У
4. РМА

3653. Индексом оценки гигиенического состояния полости рта является:

1. ИГР-У
2. СРITN

3. КПУ
4. РМА

3654. Наиболее частый исход вследствие перерастяжения связочного аппарата ВНЧС:

1. гипермобильность суставных головок
2. боль при жевании в области ВНЧС
3. спазм жевательных мышц
4. атрофия суставного диска

3655. Деминерализация начинается в слое эмали:

1. подповерхностном
2. поверхностном
3. глубококом
4. околопульпарном

3656. Местным фактором развития кариеса является:

1. неудовлетворительная гигиена полости рта
2. высокое содержание фторида в питьевой воде
3. низкое содержание фторида в питьевой воде
4. ротовое дыхание

3657. Уровень продукции летучих сернистых соединений в полости рта зависит от:

1. наличия белкового субстрата
2. качества протезирования
3. строения пародонта
4. тонуса жевательных мышц

3658. Продукты анаэробного микробиологического расщепления серосодержащих аминокислот:

1. летучие сернистые соединения
2. мальтоза
3. пепсин
4. сахароза

3659. Используемые в стоматологии материалы могут быть причиной развития:

1. контактного аллергического стоматита
2. кандидоза
3. галитоза
4. пародонтита

3660. Ключевые возрастные группы, осматриваемые в соответствии с рекомендациями ВОЗ:

1. 5-6 лет, 12 лет, 15 лет, 35-44 года, 65 лет и старше
2. 0-3 года, 7 лет, 14 лет, 18 лет, 35-44 года, 60-70 лет
3. 6-7 лет, 9 лет, 15 лет, 21-35 лет, 45-60 лет, 70 лет и старше
4. 0-3 года, 12 лет, 20 лет, 40-45 лет, 75-80 лет

3661. Ключевые возрастные группы детей при проведении эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ:

1. 5-6 лет, 12 лет, 15 лет
2. 2-3 года, 6 лет, 12 лет
3. 3 года, 8 лет, 12 лет
4. 4 года, 8 лет, 12 лет, 15 лет

3662. Оптимальная частота проведения эпидемиологического обследования:

1. 1 раз в 5 лет
2. 1 раз в год
3. 2 раза в год
4. 1 раз в 10 лет

3663. Показания к микроабразии эмали:

1. штриховая, пятнистая и меловиднокрапчатая формы флюороза
2. тетрациклиновые зубы
3. беременность и лактация
4. возраст до 12-ти лет

3664. Общие противопоказания к микроабразии эмали:

1. возраст пациентов до 12-ти лет
2. системная гипоплазия эмали
3. очаговая деминерализация эмали
4. тетрациклиновые зубы

3665. Местные абсолютные противопоказания к микроабразии эмали:

1. несовершенный амело- и дентиногенез
2. неровности на поверхности эмали
3. трещины на поверхности эмали
4. ортодонтическое лечение

3666. Срок проведения герметизации фиссур:

1. первые месяцы после прорезывания зуба на стадии незрелой эмали
2. через год после естественной минерализации
3. в любое время
4. через 2 года после прорезывания зуба

3667. Относительное противопоказание для герметизации фиссур:

1. плохая гигиена полости рта
2. интактные широкие фиссуры
3. штриховая форма гипоплазии эмали
4. фиссурный кариес

3668. Показание для герметизации фиссур:

1. глубокие фиссуры
2. задержка прорезывания зуба
3. начальный кариес
4. гипоплазия эмали

3669. Оптимальные сроки герметизации фиссур для первых постоянных моляров (лет):

1. 6-7
2. 10-11
3. 9-10
4. 12-13

3670. К средствам отбеливания зубов относят использование:

1. отбеливающих зубных паст
2. коллоидного серебра
3. нитрата серебра
4. профилактических зубных паст

3671. Для отбеливания зубов применяется вещество:

1. перекись карбамида
2. трифосфат натрия
3. гидратированный кремний
4. сульфат натрия

3672. При воздействии отбеливающего агента разрушается:

1. органическое вещество в межпризменных промежутках
2. поверхностный слой эмали
3. подповерхностный слой эмали
4. поверхностный слой дентина

3673. Показание к отбеливанию:

1. дисколорит зуба/зубов
2. возраст пациента до 18-ти лет
3. крупная пульпарная камера
4. кариес эмали

3674. Общим противопоказанием к отбеливанию зубов является возраст пациента:

1. 16 лет
2. 18 лет
3. 45 лет и выше
4. 65 лет и выше

3675. При домашнем отбеливании применяются концентрации перекиси водорода/карбамида:

1. 3-6%/10-22%
2. 1-3%/5-10%
3. 15-25%/20-30%
4. 15-38%/30-45%

3676. Эндогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:

1. прием таблеток фторида натрия
2. покрытие зубов фторлаком
3. полоскание фторидсодержащим раствором
4. использование фторидсодержащей зубной пасты

3677. Герметизацию фиссур вторых моляров рекомендуется проводить в возрасте (лет):

1. 12-13
2. 6-8
3. 10-11
4. 4-5

3678. Профилактическим мероприятием при гастроэзофагальной рефлюксной болезни является:

1. симптоматическое лечение проявлений патологий мягких тканей полости рта
2. пластика перддверия полости рта
3. рациональное протезирование
4. пластика уздечки верхней губы

3679. Лечебно-профилактическим мероприятием при заболеваниях сердечно-сосудистой системы является:

1. профессиональная гигиена полости рта
2. советы по рациональному питанию
3. лечение аномалий прикуса

#### 4. вестибулопластика

3680. Лечебно-профилактическим мероприятием при сахарном диабете является:

1. кюретаж
2. противогрибковая терапия
3. вестибулопластика
4. пластика уздечки языка

3681. Профилактическим мероприятием в полости рта при заболеваниях ЖКТ является:

1. курс аппликаций фторлака или фторгеля
2. антибиотикотерапия
3. вестибулопластика
4. чистка зубов мягкой щеткой

3682. Первый этап неинвазивной герметизации фиссур:

1. тщательная очистка окклюзионной поверхности зуба
2. препарирование
3. кислотная подготовка поверхности
4. изоляция зубов

3683. Второй этап неинвазивной герметизации фиссур:

1. изоляция зуба от слюны
2. препарирование
3. тщательная очистка окклюзионной поверхности зуба
4. проведение аппликации фторосодержащим лаком

3684. Отбеливающая система Zoom имеет pH:

1. слабощелочную
2. слабокислую
3. щелочную
4. кислую

3685. Цель герметизации фиссур:

1. изоляция фиссуры от действия кариесогенных факторов
2. профилактика стираемости эмали
3. лечение начального кариеса
4. профилактика суперконтактов

3686. При профессиональном отбеливании применяются концентрации перекиси водорода/карбамида:

1. 15-38%/30-45%
2. 1-3%/5-10%
3. 3-6%/10-22%
4. 6-8%/20-30%

3687. Определение исходного цвета зубов проводят:

1. непосредственно перед процедурой
2. за 3 недели до процедуры
3. за 2 недели до процедуры
4. за неделю до процедуры

3688. Для профилактики осложнений во время отбеливания зубов необходимо:

1. провести санацию полости рта

2. снять все ортопедические конструкции
3. прополоскать рот раствором Шиллера-Писарева
4. снять поверхностный слой эмали

3689. Для профилактики ожогов слизистой оболочки полости рта используют:

1. жидкий коффердам
2. дентальную адгезивную пасту Солкосерил
3. дентальную мазь Метрогил – Дента
4. оптидам

3690. К фотоактивируемым системам отбеливания зубов относят:

1. Zoom
2. Opalescence
3. White Smile
4. Illumine nome

3691. При проведении реминерализирующей терапии 10% раствор глюконата кальция используют в комбинации с раствором:

1. 2% фторида натрия
2. 3% Ремодента
3. 1% хлоргексидина
4. 10% нитрата кальция

3692. Силанты - это материалы для:

1. герметизации фиссур
2. пломбирования кариозных полостей
3. пломбирования корневых каналов
4. изолирующих прокладок

3693. Зубная паста, способствующая уменьшению воспалительных заболеваний пародонта:

1. солевая
2. кальцийсодержащая
3. гигиеническая
4. отбеливающая

3694. Антимикробное средство, входящее в состав зубных паст, применяемых при галитозе:

1. триклозан
2. хлоргексидин
3. двуокись кремния
4. нитрат кальция

3695. Устранение факторов риска – это:

1. первичная профилактика стоматологических заболеваний
2. вторичная профилактика стоматологических заболеваний
3. третичная профилактика стоматологических заболеваний
4. эпидемиологическое обследование населения

3996. Основным направлением вторичной профилактики стоматологических заболеваний является комплекс мер, направленных на:

1. предупреждение осложнений возникшего заболевания
2. предупреждение их возникновения
3. восстановление анатомической и функциональной целостности зубочелюстной системы
4. функциональную реабилитацию заболеваний челюстно-лицевой области

3697. Профилактикой флюороза в эндемическом очаге является:

1. замена водоисточника
2. предупреждение заболеваний матери в период беременности
3. гигиена полости рта
4. герметизация фиссур

3698. Методы фторидпрофилактики кариеса делятся на группы:

1. системные и местные
2. системные и поверхностные
3. местные и поверхностные
4. индивидуальные и системные

3699. Основным методом профилактики воспалительных заболеваний тканей пародонта следует считать:

1. гигиену полости рта
2. санацию полости рта
3. ортодонтическое лечение
4. устранение хронических очагов инфекции

3700. Комплекс мер, направленный на предупреждение возникновения зубочелюстных аномалий является:

1. первичной профилактикой
2. вторичной профилактикой
3. третичной профилактикой
4. интерцепцией

3701. При раннем удалении временных зубов необходимо:

1. изготовить замещающую конструкцию
2. провести стимуляцию прорезывания постоянных зубов
3. провести шлифовывание нестершихся бугров временных моляров
4. установить брекет-систему

3702. Профессиональная гигиена полости рта включает в себя:

1. удаление над- и поддесневых зубных отложений
2. лечение кариеса
3. открытый кюретаж
4. герметизацию фиссур

3703. К средствам для очищения жевательной поверхности зуба относятся:

1. щеточки и резиновые колпачки
2. кюреты
3. Air-flow
4. УЗ-скейлеры

3704. Профилактикой гальваноза является:

1. изготовление протезов и пломб из однородного металла
2. изготовление протезов и пломб из разных материалов
3. изготовление съемных протезов с металлическими элементами
4. применение амальгам и золотых вкладок

3705. При удалении зубных отложений с поверхности имплантатов используют инструменты:

1. пластмассовые

2. стальные
3. титановые
4. твердосплавные

3706. При проведении профессиональной гигиены зубной налет с жевательных поверхностей зубов наиболее целесообразно удалять с помощью:

1. щеточек
2. кюрет
3. Air-flow
4. УЗ-скейлера

3707. Удаление твердых зубных отложений относится к методам профессиональной гигиены и осуществляется персоналом:

1. врачом-стоматологом-терапевтом
2. средним медицинским
3. младшим медицинским
4. врачом-стоматологом-хирургом

3708. Удаление твердых зубных отложений относится к методам:

1. профессиональной гигиены
2. индивидуальной гигиены
3. чистки зубов
4. лечения пародонтитов

3709. Для лечения очаговой деминерализации эмали используются препараты:

1. кальция и фториды
2. растительного происхождения
3. витамины
4. пищевые добавки

3710. При флюорозе используются препараты на основе:

1. кальция
2. компонентов растительного происхождения
3. фторидов
4. витаминов

3711. Для проведения реминерализующей терапии используют раствор:

1. глюконата кальция 10%
2. глюконата калия 5%
3. хлоргексидина 0.05%
4. фторида натрия 6%

3712. К методам профилактики галитоза относят:

1. устранение патологических очагов в полости рта
2. миогимнастику
3. постуральный анализ
4. ношение съемных ортодонтических аппаратов

3713. К методу лечения псевдогалитоза относят:

1. оказание психологической помощи
2. обучение индивидуальной гигиене
3. устранение патологических очагов в полости рта
4. гемисекция

3714. К методу профилактики истинного патологического орального галитоза относят:

1. устранение патологических очагов в полости рта
2. лечение аномалий окклюзии
3. лечение общих соматических заболеваний
4. консультация остеопата

3715. Основная цель применения флоссов - удаление зубного налета с поверхностей:

1. апроксимальных
2. вестибулярных
3. оральных
4. жевательных

3716. Зубные щетки применяют с целью удаления:

1. мягких зубных отложений
2. твердых зубных отложений
3. пигментированного налета
4. поддесневого зубного камня

3717. Для очищения поверхности языка используют:

1. скребки
2. флоссы
3. ополаскиватели
4. зубные щетки

3718. Тест, позволяющий провести в домашних условиях определение содержания в налете летучих сернистых соединений:

1. Halitoxtest
2. бронхотест
3. галиметр
4. окрашивание кариес-маркером

3719. Симптоматическая помощь при галитозе:

1. маскировка неприятного запаха при помощи дезодорантов
2. открытый кюретаж
3. устранение патологических очагов в полости рта
4. вестибулопластика

3720. Интенсивность кариеса зубов у ребенка 3-х лет оценивается с помощью индекса:

1. КПУ(з)
2. КПУ(з) и КП(з)
3. КПУ(з)
4. ИГР-У

3721. Интенсивность кариеса зубов в период смены зубов оценивается с помощью индекса:

1. КПУ(з) и КП(з)
2. КПУ(з)
3. КПУ(з)
4. ИГР-У

3722. КПУ(з) - это индекс:

1. интенсивности кариеса постоянных зубов
2. интенсивности кариеса временных зубов

3. интенсивности кариеса поверхностей
4. гигиены полости рта

3723. Интенсивность кариеса поверхностей постоянных зубов оценивается индексом:

1. КПУ(п)
2. КПУ(п)
3. КП(п)
4. КПУ(п), КПУ(п)

3724. Удаленный по поводу осложнения кариеса постоянный моляр при расчете индекса КПУ(п) будет учитываться как:

1. 5 поверхностей
2. 3 поверхности
3. 4 поверхности
4. 2 поверхности

3725. При определении индекса эффективности гигиены полости рта РНР оценивают зубной налет по:

1. локализации
2. кариесогенности
3. интенсивности
4. толщине

3726. Для выявления зубного налета используется метод:

1. окрашивания
2. перкуссии
3. пальпации
4. микробиологический

3727. Зубное отложение, располагающееся под маргинальной десной, невидимое при визуальном осмотре, плотное и твердое, темно-коричневого или зелено-черного цвета, плотно прикрепленное к поверхности зуба – это:

1. поддесневой зубной камень
2. кутикула
3. пелликула
4. зубной налет

3728. Наиболее часто наддесневой зубной камень локализуется в области:

1. язычной поверхности нижних резцов
2. вестибулярной поверхности верхних резцов
3. вестибулярной поверхности нижних резцов
4. небной поверхности верхних резцов

3729. При определении гигиенического состояния полости рта для окрашивания зубного налета используют раствор:

1. Шиллера-Писарева
2. 2% метиленовой сини
3. 1% бриллиантового зеленого
4. 5% йода спиртовой

3730. Раствор Шиллера-Писарева можно использовать для выявления:

1. зубного налета
2. кутикулы
3. начального кариеса

#### 4. пищевых остатков

3731. При профилактическом осмотре определить наличие поддесневого зубного камня можно с помощью:

1. зондирования
2. визуального осмотра
3. окрашивания йодсодержащим раствором
4. микробиологического исследования

3732. У детей дошкольного возраста гигиеническое состояние полости рта рекомендуется оценивать с помощью индекса:

1. Федорова-Володкиной
2. Грин-Вермиллиона
3. РНР
4. КПУ

3733. Индекс Грин-Вермиллиона используется для определения:

1. гигиены полости рта
2. интенсивности кариеса
3. кровоточивости десен
4. зубочелюстных аномалий

3734. При определении гигиенического состояния полости рта с помощью индекса Федорова-Володкиной окрашиваются:

1. вестибулярные поверхности 6 нижних фронтальных зубов
2. вестибулярные поверхности 6 верхних фронтальных зубов
3. язычные поверхности первых постоянных моляров
4. вестибулярные поверхности первых постоянных моляров

3735. При определении гигиенического индекса РНР обследуют зубы:

1. 16, 11, 26, 36, 31, 46
2. 43, 42, 41, 31, 32, 33
3. 16, 12, 24, 36, 32, 44
4. 16, 26, 36, 46

3736. При определении гигиенического индекса Грин-Вермиллиона обследуют зубы:

1. 16, 11, 26, 36, 31, 46
2. 43, 42, 41, 31, 32, 33
3. 16, 12, 24, 36, 32, 44
4. 16, 26, 36, 46

3737. С помощью гигиенического индекса ИГР-У определяется:

1. наличие зубного налета и зубного камня
2. степень воспаления десны
3. кровоточивость десневой борозды
4. степень тяжести зубочелюстных аномалий

3738. Окрашивание зубов растворами проводят при определении индекса:

1. РНР
2. КПУ(з)
3. КПУ(п)
4. СРITN

3739. Информацию о наличии зубного камня дает индекс:

1. СРITN
2. Федорова-Володкиной
3. PMA
4. КПУ

3740. Гигиеническое состояние полости рта у взрослых пациентов определяют с помощью индекса:

1. Грин-Вермиллиона
2. КПУ
3. PMA
4. Федорова-Володкиной

3741. Индекс РНР используется для определения:

1. гигиены полости рта
2. интенсивности кариеса
3. кровоточивости десен
4. зубочелюстных аномалий

3742. Серовато-белое, мягкое и липкое отложение, неплотно прилегающее к поверхности зубов, представляет собой:

1. мягкий зубной налет
2. пелликулу
3. поддесневой зубной камень
4. наддесневой зубной камень

3743. При определении гигиенического индекса РНР производится окрашивание поверхностей 16, 26 зубов:

1. вестибулярных
2. оральных
3. окклюзионных
4. апроксимальных

3744. Индекс Федорова-Володкиной используют для определения гигиенического состояния полости рта у:

1. детей дошкольного возраста
2. школьников
3. подростков
4. взрослых

3745. При определении гигиенического индекса РНР поверхность обследуемого зуба делится на количество участков:

1. 5
2. 2
3. 3
4. 4

3746. Источником минералов для образования наддесневого зубного камня преимущественно является:

1. слюна
2. десневая жидкость
3. сыворотка крови
4. лимфа

3747. Пелликула зуба образована:

1. гликопротеидами слюны
2. коллагеном
3. кератином
4. органическими кислотами

3748. К минерализованным зубным отложениям относится:

1. зубной камень
2. пищевые остатки
3. пелликула
4. мягкий зубной налет

3749. Зубное отложение, располагающееся над десневым краем, обычно белого или беловато-желтого цвета, твердой или глинообразной консистенции – это:

1. наддесневой зубной камень
2. пелликула
3. мягкий зубной налет
4. налет курильщика

3750. Зубной налёт быстрее накапливается на вестибулярных поверхностях зубов:

1. верхних моляров
2. верхних клыков
3. нижних клыков
4. нижних резцов

3751. Для определения глубины пародонтальных карманов используют инструмент:

1. пародонтальный зонд
2. штыковидный зонд
3. серповидный скейлер
4. кюрета

3752. С помощью индекса РМА определяют:

1. степень воспаления десны
2. кровоточивость десны
3. наличие зубного камня
4. наличие зубного налета

3753. Для диагностики состояния тканей пародонта используют индекс:

1. РМА
2. Грин-Вермиллиона
3. РНР
4. Федорова-Володкиной

3754. При обследовании тканей пародонта по индексу CPITN у взрослого пациента исследуют пародонт в области зубов:

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

3755. Индекс CPITN у взрослых регистрирует следующие признаки:

1. кровоточивость десен, зубной камень, пародонтальный карман различной глубины
2. зубной налет, кровоточивость десен

3. кровоточивость десен, зубной камень
4. зубной камень, пародонтальный карман

3756. Для диагностики состояния тканей пародонта используют индекс:

1. СРITN
2. Грин-Вермиллиона
3. РНР
4. КПУ

3757. Для определения степени тяжести гингивита используется индекс:

1. РМА
2. СРITN
3. ОНI-S
4. РНР

3758. При регистрации индекса СРITN код 3 соответствует:

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

3759. При определении индекса СРITN признак зубного камня соответствует коду:

1. 2
2. 1
3. 3
4. 4

3760. Воспаление десневого сосочка по индексу РМА соответствует коду:

1. 1
2. 0
3. 2
4. 3

3761. Интенсивность поражения тканей пародонта у пациента, определяемая по индексу СРITN, оценивается как:

1. сумма секстантов с признаками поражения пародонта
2. сумма здоровых секстантов
3. отношение количества пораженных секстантов к количеству здоровых секстантов
4. отношение количества здоровых секстантов к количеству пораженных секстантов

3762. К моменту рождения нижняя челюсть ребенка занимает положение по отношению к верхней:

1. дистальное
2. нейтральное
3. мезиальное
4. латеральное

3763. Во временной окклюзии форма зубных рядов соответствует:

1. полукругу
2. полуэллипсу
3. параболе
4. трапеции

3764. Форма верхней зубной дуги в постоянной окклюзии соответствует:

1. полуэллипсу
2. полукругу
3. параболе
4. трапеции

3765. Форма нижней зубной дуги в постоянной окклюзии соответствует:

1. параболе
2. полукругу
3. полуэллипсу
4. трапеции

3766. Аномалии формы и размера зубов выявляют при обследовании:

1. клиническом
2. рентгенологическом
3. лабораторном
4. иммунологическом

3767. Детям 2-х летнего возраста для чистки зубов рекомендуется использовать:

1. детские зубные пасты на гелевой основе
2. зубные пасты с высоким содержанием фторида
3. зубной порошок
4. гигиенические зубные пасты на меловой основе

3768. Фторидсодержащие зубные пасты рекомендуется использовать детям с возраста (лет):

1. 2-3
2. 1-1,5
3. 5-6
4. 10-12

3769. Зубную пасту рекомендуется использовать для детей, начиная с возраста:

1. 1,5-2 лет
2. 5 лет
3. 6-9 месяцев
4. 4 лет

3770. Зубные пасты с низким показателем абразивности предназначены для использования:

1. пациентами с повышенной чувствительностью твердых тканей зубов
2. пациентами с воспалительными заболеваниями пародонта
3. лицами, злоупотребляющими курением
4. пациентами с брекет-системами

3771. Зубные пасты с высоким показателем абразивности следует применять:

1. 1-2 раза в неделю
2. каждый день утром и вечером
3. каждый день утром
4. 2-3 раза в месяц

3772. Для уменьшения кровоточивости десен пациентам следует рекомендовать использовать зубную пасту, содержащую:

1. экстракты лекарственных растений
2. фторид натрия
3. карбонат кальция
4. хлорид стронция

3773. Противопоказанием к использованию фторидсодержащих зубных паст детьми является:

1. высокое содержание фторида в питьевой воде
2. неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта
3. наличие у пациента большого количества пломб
4. системная гипоплазия эмали

3774. Пациентам с мостовидными протезами для наиболее эффективного очищения промывной части протеза рекомендуется использовать:

1. суперфлосс
2. мануальную зубную щетку
3. электрическую зубную щетку
4. зубочистки

3775. Индивидуальная гигиена полости рта осуществляется:

1. пациентом
2. гигиенистом стоматологическим
3. ассистентом врача-стоматолога
4. врачом-стоматологом

3776. Профессиональную гигиену полости рта необходимо проводить не менее 1 раза в:

1. 6 месяцев
2. месяц
3. год
4. 2 года

3777. Самостоятельная чистка зубов пациентом под контролем специалиста – это:

1. контролируемая чистка зубов
2. индивидуальная гигиена полости рта
3. профессиональная гигиена полости рта
4. профессиональная чистка зубов

3778. Комплекс мероприятий, включающий контролируемую чистку зубов, профессиональное удаление зубных отложений и устранение факторов, способствующих накоплению их – это:

1. профессиональная гигиена полости рта
2. индивидуальная гигиена полости рта
3. профессиональная чистка зубов
4. стоматологического просвещения

3779. В ультразвуковых аппаратах для удаления минерализованных зубных отложений частота колебаний составляет (кГц):

1. 16-45
2. 2-6
3. 7-10
4. 10-15

3780. Показанием к применению системных методов фторидпрофилактики кариеса является содержание фторида в питьевой воде:

1. менее половины оптимального
2. оптимальное
3. субоптимальное
4. больше оптимального

3781. Показанием к назначению системных методов фторидпрофилактики кариеса является уровень интенсивности кариеса у 12-летних детей:

1. средний, высокий, очень высокий
2. очень низкий, низкий, средний
3. очень низкий, средний, высокий
4. низкий, средний, высокий

3782. Одновременное применение двух эндогенных методов фторидпрофилактики кариеса зубов:

1. не показано
2. показано
3. показано, если содержание фторида в питьевой воде оптимальное
4. показано, если содержание фторида в питьевой воде больше оптимального

3783. Содержание фторида натрия в 1 литре фторированного молока составляет (мг):

1. 2,5
2. 1,0
3. 1,5
4. 5,0

3784. Полоскания фторидсодержащими растворами с целью профилактики кариеса рекомендуют проводить с возраста (лет):

1. 6
2. 3
3. 10
4. 12

3785. В районе с низким содержанием фторида в питьевой воде, наиболее эффективным методом фторидпрофилактики кариеса зубов у детей будет применение:

1. таблеток фторида натрия
2. фторидсодержащих растворов для полосканий
3. фторидсодержащих зубных паст
4. фторидсодержащего лака (геля)

3786. Оптимальная концентрация фторида в питьевой воде для умеренной климатической зоны (мг/л):

1. 1,0
2. 0,3
3. 0,5
4. 0,7

3787. Оптимальная концентрация фторида в питьевой воде для южной климатической зоны (мг/л):

1. 0,7
2. 0,3
3. 0,5
4. 1,0

3788. Герметизацию фиссур первых постоянных моляров показано проводить в возрасте (лет):

1. 6-8
2. 9-12
3. 12-14
4. 16-18

3789. Герметизацию фиссур премоляров рекомендуется проводить в возрасте (лет):

1. 9-12
2. 12-14
3. 6-8
4. 16-18

3790. Герметизацию фиссур вторых постоянных моляров рекомендуется проводить в возрасте (лет):

1. 12-14
2. 5-6
3. 6-8
4. 9-12

3791. Герметизацию фиссур постоянных зубов (моляров и премоляров) рекомендуется проводить после прорезывания:

1. сразу
2. через 2 - 3 года
3. через 4 - 6 лет
4. через 10-12 лет

3792. Абсолютным противопоказанием к проведению метода герметизации фиссур является:

1. средний или глубокий кариес
2. неудовлетворительная гигиена полости рта
3. узкие и глубокие фиссуры
4. неполное прорезывание коронки зуба

3793. Реминерализующую терапию рекомендуется проводить при:

1. кариесе в стадии мелового пятна
2. среднем кариесе
3. глубоком кариесе
4. осложненном кариесе

3794. Методом профилактики катарального гингивита является:

1. рациональная гигиена полости рта
2. сбалансированное питание
3. санация полости рта
4. избирательное шлифование зубов

3795. Профилактике воспалительных заболеваний пародонта способствует:

1. проведение профессиональной гигиены
2. прием фторидсодержащих препаратов
3. реминерализующая терапия
4. уменьшение употребления углеводов

3796. Предупреждению воспалительных заболеваний пародонта способствует:

1. рациональная гигиена полости рта
2. покрытие зубов фторидсодержащим лаком
3. реминерализующая терапия
4. герметизация фиссур

3797. Бугры временных клыков обычно сошлифовывают для:

1. профилактики зубочелюстных аномалий
2. косметических целей
3. профилактики заболеваний пародонта
4. улучшения гигиены полости рта

3798. При раннем удалении временных зубов необходимо провести:

1. съемное протезирование
2. несъемное протезирование
3. стимуляцию прорезывания постоянных зубов
4. сошлифовывание нестершихся бугров временных моляров

3799. Для профилактики кариеса полоскания 0,2% раствором фторида натрия проводят:

1. 1 раз в 2 недели
2. ежедневно
3. 1 раз в неделю
4. 1 раз в полгода

3800. С целью профилактики кариеса используются полоскания растворами фторида натрия в концентрациях (%):

1. 0,05; 0,1; 0,2
2. 0,01; 0,02
3. 0,02; 0,05
4. 1; 2; 3

3801. 1% и 2% растворы фторида натрия с целью профилактики кариеса применяются в виде:

1. аппликаций
2. полосканий
3. приема внутрь
4. ротовых ванночек

3802. Покрытие зубов фторидсодержащим лаком с целью профилактики кариеса наиболее эффективно в возрастной период (лет):

1. 3-15
2. 4-10
3. 6-12
4. 12-18

3803. Применение местных средств фторидпрофилактики в районах с содержанием фторида в питьевой воде более 1,5 мг/л:

1. противопоказано
2. показано у детей до 12 лет
3. показано в сочетании с системными средствами
4. показано при неудовлетворительной гигиене полости рта у пациента

3804. Для реминерализирующей терапии применяется раствор:

1. Боровского - Волкова
2. Шиллера-Писарева
3. метиленового синего
4. хлоргексидина

3805. Для реминерализирующей терапии используют раствор глюконата кальция в концентрации (%):

1. 10
2. 5
3. 15
4. 20

3806. К реминерализирующим средствам относится раствор:

1. глюконата кальция 10%
2. перекиси водорода 10%
3. эуфиллина 2,4%
4. метиленового синего 2%

3807. Для витального окрашивания очагов деминерализации применяется раствор:

1. метиленового синего
2. бриллиантового зеленого
3. хлоргексидина
4. фторида натрия

3808. Для диагностики кариеса в стадии мелового пятна используется раствор:

1. метиленового синего
2. Шиллера-Писарева
3. эритрозина
4. фуксина

3809. Препарат для реминерализации эмали:

1. глюконат кальция
2. кальцин
3. фосфат цемент
4. эндометазон

3810. Для профилактики ожога тканей десны во время проведения профессионального отбеливания зубов необходимо:

1. изолировать десну
2. обработать десну 3% раствором перекиси водорода
3. прополоскать рот хлоргексидином
4. применить слюноотсос

3811. Применение реминерализирующих средств при отбеливании зубов способствует профилактике возникновения:

1. повышенной чувствительности твердых тканей зубов
2. заболеваний пародонта
3. клиновидных дефектов
4. повышенной стираемости твердых тканей зубов

3812. Для инактивации нервных окончаний в дентинных канальцах в зубные пасты вводят соединения:

1. калия
2. кальция
3. фтора
4. хлора

3813. Для профилактики кариеса зубов среди детей организованных коллективов наиболее часто используются растворы фторида натрия для полоскания в концентрации (%):

1. 0,2
2. 0,05
3. 1
4. 2

3814. Ополаскиватели для полости рта рекомендуется применять:

1. после чистки зубов
2. утром
3. вместо чистки зубов
4. перед сном

3815. Профессиональная гигиена полости рта включает в себя:

1. профессиональное удаление зубных отложений
2. полоскание полости рта фторидсодержащими растворами
3. герметизацию фиссур
4. пломбирование кариозных полостей

3816. Удаление зубных отложений в стоматологической практике осуществляется для профилактики:

1. воспалительных заболеваний пародонта
2. местной гипоплазии
3. флюороза
4. зубочелюстных аномалий

3817. При проведении профессиональной гигиены полости рта жевательную поверхность зубов целесообразно очищать от налета с помощью:

1. вращающихся щеточек и полировочных паст
2. резиновых колпачков и полировочных паст
3. флоссов ультразвуковых
4. скейлеров

3818. При увеличении количества мягкого зубного налета в полости рта pH ротовой жидкости смещается в сторону:

1. кислую
2. щелочную
3. нейтральную
4. не изменяется

3819. Значение pH зубного налёта, оцениваемое как критическое для возникновения деминерализации эмали, составляет:

1. 5,5-5,7
2. 3,5-4,0
3. 6,5-7,0
4. 7,0-7,5

3820. Концентрация минеральных веществ в эмали зубов выше в области:

1. бугров и режущего края
2. пришеечной
3. фиссур и ямок
4. контактных поверхностей

3821. Снижение концентрации минеральных элементов в слюне способствует:

1. снижению резистентности эмали к действию кислот
2. изменению вязкости слюны
3. реминерализации эмали
4. повышению резистентности эмали к действию кислот

3822. Оптимальная концентрация фторида в питьевой воде в районах с умеренным климатом составляет (мг/л):

1. 1,0

2. 0,8
3. 1,2
4. 1,5

3823. При приеме мягкой пищи, содержащей большое количество легкоферментируемых углеводов, наблюдается:

1. гипосаливация
2. гиперсаливация
3. снижение вязкости слюны
4. увеличение концентрации минеральных элементов

3824. Минерализация (созревание) эмали после прорезывания зуба наиболее активно протекает в течение (лет):

1. 2
2. 5
3. 10
4. 15

3825. Наиболее часто очаги деминерализации эмали локализуются на коронке зуба в области:

1. пришеечной
2. режущего края
3. бугров жевательной поверхности
4. язычной поверхности

3826. При кариесе в стадии мелового пятна из поврежденного подповерхностного слоя эмали происходит преимущественно потеря ионов:

1. кальция
2. фтора
3. хлора
4. натрия

3827. Деминерализация эмали начинается в ее слое:

1. подповерхностном
2. поверхностном
3. среднем
4. глубококом

3828. Обратимость процесса деминерализации эмали обусловлена:

1. сохранением органической основы эмали
2. повышением проницаемости эмали
3. потерей из поврежденного участка ионов кальция
4. образованием пелликулы на поверхности эмали

3829. Степень проницаемости эмали при очаговой деминерализации можно оценить с помощью:

1. витального окрашивания эмали
2. зондирования
3. электроодонтодиагностики
4. рентгенологического исследования

3830. Для дифференциальной диагностики кариеса в стадии мелового пятна и пятен при некариозных поражениях твердых тканей зубов проводят:

1. витальное окрашивание эмали раствором метиленового синего
2. определение гигиенических индексов

3. электроодонтодиагностику
4. микробиологическое исследование

3831. Процессы ионного обмена, минерализации, реминерализации обеспечивает свойство эмали:

1. проницаемость
2. микротвердость
3. плотность
4. растворимость

3832. К некариозным поражениям, возникающим до прорезывания зубов, относятся:

1. флюороз
2. кислотный некроз
3. клиновидный дефект
4. эрозия эмали

3833. К некариозным поражениям, возникающим после прорезывания зубов, относятся:

1. клиновидный дефект
2. системная гипоплазия
3. флюороз
4. несовершенный амело - и дентиногенез

3834. Системный характер поражения зубов наблюдается при:

1. флюорозе
2. местной гипоплазии эмали
3. клиновидном дефекте
4. эрозии эмали

3835. Причиной эндемического флюороза является содержание фторида в питьевой воде:

1. выше оптимального
2. субоптимальное
3. оптимальное
4. ниже оптимального

3836. Коллективной мерой профилактики флюороза в эндемическом очаге является:

1. замена водоисточника
2. предупреждение заболеваний у женщин в период беременности
3. соблюдение гигиены полости рта
4. прием витаминов

3837. У пациентов, проживающих с рождения в районе с повышенным содержанием фторида в питьевой воде определяется:

1. флюороз зубов
2. адентия
3. генерализованный пародонтит
4. множественный кариес

3838. При флюорозе пятна локализуются на поверхности зуба:

1. всех
2. жевательной
3. вестибулярной
4. язычной

3839. Классификация В. К. Патрикеева предложена для диагностики:

1. флюороза
2. гипоплазии
3. кариеса
4. пародонтита

3840. Наиболее часто при системной гипоплазии поражаются зубы:

1. постоянные резцы, клыки и первые моляры
2. временные резцы и клыки
3. временные моляры и резцы
4. премоляры и постоянные моляры

3841. Поражение постоянных зубов одного срока минерализации характерно для:

1. системной гипоплазии
2. эрозии эмали
3. местной гипоплазии
4. клиновидного дефекта

3842. Одной из причин возникновения системной гипоплазии постоянных зубов является:

1. заболевания ребенка на первом году жизни
2. наследственность
3. заболевания матери во время беременности
4. средний кариес зубов у матери в период беременности

3843. Одной из причин возникновения местной гипоплазии постоянного зуба является:

1. хронический периодонтит временного моляра
2. наследственность
3. заболевания матери в период беременности
4. заболевания ребенка на первом году жизни

3844. Некариозное поражение твердых тканей зуба, при котором происходит истирание твердых тканей – это:

1. клиновидный дефект
2. флюороз
3. системная гипоплазия
4. местная гипоплазия

3845. Окрашивание участков поражения эмали 2% раствором метиленового синего характерно для:

1. кариеса в стадии мелового пятна
2. флюороза
3. системной гипоплазии
4. местной гипоплазии

3846. Для катарального гингивита характерно наличие:

1. кровоточивости десен
2. пародонтальных карманов
3. ретракции десны
4. атрофии альвеолы

3847. Наличие пародонтального кармана является характерным признаком:

1. пародонтита
2. катарального гингивита
3. язвенно-некротического гингивита
4. пародонтоза

3848. Наличие ложного десневого кармана характерно для:

1. гипертрофического гингивита
2. катарального гингивита
3. локального хронического гингивита
4. генерализованного хронического пародонтита

3849. Наличие пародонтального кармана характерно для:

1. хронического пародонтита
2. катарального гингивита
3. пародонтоза
4. пародонтомы

3850. К воспалительным заболеваниям пародонта относится:

1. пародонтит
2. пародонтоз
3. эпюлис
4. фиброматоз

3851. Аномалии положения зубов могут быть обусловлены:

1. неправильным положением зачатка зуба
2. нарушением функции жевания
3. кариесом
4. гипоплазией эмали

3852. Причиной диастемы является:

1. низкое прикрепление уздечки верхней губы
2. гингивит
3. гипоплазия эмали
4. скученность зубов

3853. К наследственным зубочелюстным аномалиям относится:

1. первичная адентия
2. вторичная частичная адентия
3. неправильное положение зубов
4. нарушение смыкания зубов

3854. Наличие трем и диастем является физиологическим признаком для детей в возрасте (лет):

1. 5-6
2. 2-3
3. 11-12
4. 14-15

3855. Равномерная стираемость бугров временных зубов в норме характерна для окклюзии:

1. смешанной
2. временной
3. постоянной
4. всех видов

3856. Подвижность зубов 7.1, 8.1 является физиологическим признаком у ребенка в возрасте (лет):

1. 6
2. 3
3. 10

#### 4. 12

3857. Повышенная чувствительность зубов при некариозных поражениях обусловлена:

1. убылью твердых тканей зуба
2. образованием заместительного дентина
3. снижением хлорапатитов в эмали
4. гиперплазией эмали

3858. Повышенная чувствительность зубов при пародонтите обусловлена:

1. оголением шеек зубов
2. подвижностью зубов
3. деструктивными изменениями в альвеоле
4. выделением экссудата из патологического кармана

3859. Для возникновения повышенной чувствительности необходимо:

1. обнажение дентина и увеличение степени открытия дентинных канальцев
2. обнажение дентина и уменьшение степени открытия дентинных канальцев
3. отсутствие обнажения дентина и уменьшение степени открытия дентинных канальцев
4. отсутствие обнажения дентина и увеличение степени открытия дентинных канальцев

3860. При повышенной чувствительности зубов пациенты предъявляют жалобы на боли в зубах:

1. от внешних раздражителей
2. в ночное время
3. самопроизвольные
4. в период острых респираторных заболеваний

3861. Повышенная чувствительность при очаговой деминерализации обусловлена:

1. повышением проницаемости эмали
2. истираемостью эмали
3. понижением проницаемости эмали
4. рецессией десны

3862. Гиперчувствительность твердых тканей при отбеливании зубов обусловлена:

1. повышением проницаемости эмали
2. обработкой зубов красящими растворами с целью выявления зубного налета
3. проведением флоссинга
4. травмой десны

3863. Механизм десенситивного действия солей калия при повышенной чувствительности зубов заключается в:

1. инактивации нервных окончаний в дентинных канальцах
2. obturации дентинных канальцев
3. восстановлении внутриканальцевого давления
4. перестройке и уплотнении твердых тканей зуба

3864. Стоматологическая заболеваемость населения региона оценивается при проведении:

1. эпидемиологического стоматологического обследования
2. диспансеризации
3. плановой санации полости рта
4. профилактических мероприятий

3865. Национальное эпидемиологическое стоматологическое обследование населения следует проводить один раз в:

1. 5 лет
2. 1 год
3. 2 года
4. 3 года

3866. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ в одном районе рекомендуется осматривать в группе населения одного возраста в количестве человек не менее:

1. 50
2. 20
3. 30
4. 100

3867. Калибровка специалистов, участвующих в эпидемиологическом стоматологическом обследовании населения проводится в период:

1. подготовительный
2. обследования
3. подведения итогов
4. анализа результатов

3868. При калибровке специалистов, участвующих в эпидемиологическом стоматологическом обследовании населения, совпадение результатов обследования должно быть не менее (%):

1. 85
2. 95
3. 70
4. 50

3869. Методика эпидемиологического стоматологического обследования по критериям ВОЗ предусматривает обследование детей в возрасте (лет):

1. 6, 12, 15
2. 3, 6, 9
3. 6, 9, 12
4. 9, 12, 15

3870. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ обследуют взрослое население в возрасте (лет):

1. 35-44
2. 18-25
3. 25-30
4. 30-40

3871. Процентное соотношение лиц, имеющих признаки стоматологического заболевания, к общему числу обследованных называется:

1. распространенностью стоматологического заболевания
2. интенсивностью стоматологического заболевания
3. стоматологической заболеваемостью населения
4. уровнем стоматологической помощи населению

3872. Распространенность стоматологического заболевания среди населения выражается в:

1. процентах
2. абсолютных единицах
3. относительных единицах
4. коэффициентах

3873. Интенсивность кариеса зубов пациента выражается:

1. суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов у индивидуума
2. суммой кариозных и пломбированных зубов у индивидуума
3. отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к возрасту индивидуума
4. отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к общему количеству зубов у индивидуума

3874. Уровни интенсивности кариеса по ВОЗ определены для возрастных групп:

1. 12 лет и 35-44 года
2. 6 и 12 лет
3. 12 и 15 лет
4. 35-44 года и 65 лет и старше

3875. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования населения по методике ВОЗ состояние тканей пародонта оценивается с помощью индекса:

1. CPI
2. PMA
3. PNP
4. ONI-S

3876. CPI - это индекс:

1. коммунальный пародонтальный индекс ВОЗ
2. нуждаемости в лечении заболеваний пародонта
3. эффективности гигиены полости рта
4. интенсивности кариеса зубов

3877. Ключевой возрастной группой для оценки состояния постоянных зубов у детей в популяции является возраст (лет):

1. 12
2. 6
3. 15
4. 18

3878. Ключевой возрастной группой для оценки состояния тканей пародонта в популяции является возраст (лет):

1. 15
2. 6
3. 12
4. 35-44

3879. Эпидемиологическое стоматологическое обследование населения проводят специалисты:

1. врачи-стоматологи
2. гигиенисты
3. стоматологические медицинские сестры
4. санитарные врачи

3880. Среднее снижение прироста кариеса от применения фторидсодержащего лака составляет (%):

1. 30-40
2. 70-80
3. 10-20

#### 4. 50-60

3881. Средняя профилактическая эффективность от применения системных методов профилактики кариеса составляет (%):

1. 50-60
2. 30-40
3. 10-20
4. 70-80

3882. Эффективность профилактики при использовании метода герметизации фиссур составляет (%):

1. 95 – 100
2. 40 - 50
3. 60 - 70
4. 80 - 90

3883. При реминерализации эмали наблюдается:

1. стабилизация или исчезновение белых пятен эмали
2. увеличение прироста кариеса
3. появление новых белых кариозных пятен
4. уменьшение воспаления тканей десны

3884. Первым этапом планирования региональной программы профилактики стоматологических заболеваний является:

1. определение стоматологической ситуации в регионе
2. формулирование целей и задач
3. выбор методов и средств профилактики
4. оценка эффективности программы

3885. Планирование программы профилактики стоматологических заболеваний предусматривает раздел:

1. выбора методов и средств
2. оценки квалификации стоматологического персонала
3. определения противопоказаний для профилактических средств
4. оценки образовательного уровня населения

3886. Планирование программы профилактики стоматологических заболеваний предусматривает выделение раздела:

1. оценки эффективности программы
2. диспансеризации населения
3. оценки квалификации педагогов и воспитателей
4. оценки общего уровня здоровья населения

3887. При планировании программ профилактики необходимо учитывать:

1. динамику демографических процессов населения
2. метеорологическую карту региона
3. количество потребляемой соли на человека
4. онкологическую заболеваемость

3888. При планировании программ профилактики необходимо учитывать:

1. экологию окружающей среды
2. наличие водных ресурсов в регионе
3. кп зубов у лиц 65 лет и старше
4. количество детей, привитых от вирусных заболеваний

3889. При планировании программ профилактики необходимо учитывать в регионе:

1. наличие стоматологического персонала и материальных ресурсов
2. количество рентгеновских аппаратов в стоматологических клиниках
3. количество частных кабинетов
4. количество стоматологов пенсионеров

3890. При планировании программ профилактики необходимо учитывать:

1. стоматологическую заболеваемость в регионе
2. количество потребляемой жевательной резинки в год на человека
3. содержание карбоната кальция в воде
4. количество лиц, болеющих туберкулезом

3891. Задачей профилактической программы по улучшению гигиены полости рта является снижение показателей индекса:

1. РНР
2. КПУ(з) и КПУ(п)
3. СРІ
4. РМА

3892. Задачей профилактической программы по снижению интенсивности и распространенности кариеса зубов является снижение показателей индекса:

1. КПУ(з) и КПУ(п)
2. РНР
3. ИГР-У
4. АРІ

3893. Задачей профилактической программы по улучшению состояния тканей пародонта среди населения является снижение количества пораженных секстантов по индексу:

1. СРІ
2. РНР
3. АРІ
4. Федорова-Володкиной

3894. Персонал, участвующий в проведении профилактических программ:

1. стоматолог, гигиенист стоматологический
2. стоматолог, отоларинголог
3. стоматолог, менеджер по продажам
4. гигиенист, бухгалтер

3895. Эффективность профилактики болезней пародонта среди населения оценивается по:

1. снижению количества пораженных секстантов по индексу СРІ
2. снижению интенсивности кариеса зубов
3. уменьшению распространенности кариеса корня зуба
4. снижению распространенности флюороза по индексу Dean

3896. Эффективность профилактики кариеса зубов оценивают по динамике показателей индекса (ОВ):

1. КПУ, КП
2. СРІТН
3. ИГР-У
4. РНР

3897. Эффективность обучения гигиене полости рта оценивают по динамике показателей:

1. индекса ИГР-У
2. индексов КПУ, КП
3. распространенности кариеса зубов
4. индекса ПМА

3898. Различают оценку эффективности программы профилактики:

1. предварительную, промежуточную, окончательную
2. подготовительную, предварительную, окончательную
3. предварительную, организационную, окончательную
4. подготовительную, предварительную, финальную

3899. Выбор методов и средств при внедрении комплексных программ профилактики зависит от:

1. содержания фторида в питьевой воде
2. количества педагогов в школах
3. количества воспитателей в детских садах
4. уровню потребления основных продуктов питания на душу населения

3900. Зубной щеткой с поверхности зуба удаляется:

1. мягкий зубной налет
2. поддесневой зубной камень
3. налет курильщика
4. наддесневой зубной камень

3901. Метод чистки зубов, при котором очищение вестибулярной поверхности зубов производится круговыми движениями, называется:

1. круговым Fones
2. Leonard
3. Stillman
4. стандартным Г.Н.Пахомова

3902. При очищении вестибулярных и оральных поверхностей зубов при стандартном методе чистки зубов движения головки зубной щетки совершаются в направлении:

1. вертикальном (от десны к режущему краю или жевательной поверхности)
2. вертикальном (от режущему краю или жевательной поверхности к десне)
3. горизонтальном (вправо-влево, вперед-назад, параллельно десне)
4. головка зубной щетки совершает круговые движения против часовой стрелки

3903. Метод чистки зубов, предусматривающий деление зубного ряда на сегменты и последовательное очищение зубов каждого сегмента, начиная с верхних правых жевательных зубов, называется методом:

1. стандартным Г.Н.Пахомова
2. круговым Fones
3. Stillman
4. Bass

3904. Круговой метод чистки зубов Fones рекомендуется применять:

1. детям дошкольного возраста
2. школьникам
3. взрослым
4. лицам пожилого возраста

3905. Для оценки эффективности чистки зубов пациентом наиболее важно:

1. способность пациента удалять налет со всех поверхностей зубов
2. время, требуемое для чистки всех зубов
3. метод, по которому происходит движение от зуба к зубу
4. средства гигиены полости рта, которые использует пациент

3906. Время чистки зубов мануальной зубной щеткой должно составлять не менее (минут):

1. 2-3
2. 1-1,5
3. 3,5-4
4. 4,5-6

3907. Удаление минерализованных зубных отложений осуществляется при проведении:

1. профессиональной гигиены полости рта
2. индивидуальной гигиены полости рта
3. контролируемой чистки зубов
4. реминерализирующей терапии

3908. Первым этапом контролируемой чистки зубов является:

1. определение гигиенического состояния полости рта пациента
2. обучение пациента чистке зубов на моделях
3. самостоятельная чистка зубов пациентом
4. индивидуальный подбор пациенту средств гигиены полости рта

3909. После профессионального удаления зубных отложений наиболее целесообразно провести:

1. покрытие зубов фторидсодержащим лаком
2. герметизацию фиссур
3. окрашивание зубов йодсодержащим раствором
4. контролируемую чистку зубов

3910. При проведении профессиональной гигиены полости рта гладкие поверхности зубов целесообразнее очищать от налета с помощью:

1. резиновых колпачков и полировочных паст
2. вращающихся щеточек и полировочных паст
3. флоссов
4. ультразвуковых скейлеров

3911. При проведении профессиональной гигиены полости рта контактные поверхности зубов целесообразнее очищать от налета с помощью:

1. зубных нитей
2. резиновых колпачков и полировочных паст
3. щеточек и полировочных паст
4. зубной щетки и пасты

3912. Для ручного удаления поддесневого зубного камня используют инструменты:

1. кюреты
2. штопфер
3. пародонтальный зонд
4. пинцет

3913. Для удаления зубного камня используют инструменты:

1. серповидные скейлеры, кюреты
2. зонд, зеркало, пинцет
3. экскаватор, штопфер, гладилку

4. кюретажные ложки, дрельборы, шпатель

3914. Для профилактики кариеса полоскания 0,1% раствором фторида натрия проводят 1 раз:

1. неделю
2. день
3. 2 недели
4. полгода

3915. При проведении процедуры покрытия зубов фторидсодержащим лаком первой проводится манипуляция:

1. очищение зубов от налета
2. нанесение фторидсодержащего лака
3. высушивание зубов
4. изоляция от слюны

3916. При заглатывании раствора фторида натрия во время процедуры полоскания следует выпить 1 столовую ложку раствора:

1. глюконата кальция 10%
2. перекиси водорода 3%
3. сульфата магния 10%
4. глюкозы 40%

3917. Инвазивный метод герметизации фиссур зубов предусматривает покрытие фиссуры силантом после:

1. раскрытия фиссуры
2. коррекции прикуса
3. профессионального очищения фиссуры
4. контролируемой чистки зубов

3918. Гигиенические мероприятия, необходимые перед проведением метода герметизации фиссур:

1. очищение жевательной поверхности зуба с помощью вращающейся щетки и полировочной пасты
2. полоскание полости рта антисептическим раствором
3. полоскание полости рта водой
4. очищение контактных поверхностей зубов флоссами

3919. После проведения герметизации фиссур первый контрольный осмотр пациента проводят через:

1. 1 неделю
2. 1 месяц
3. 6 месяцев
4. 1 год

3920. После проведения профессиональной гигиены чувствительность зубов может появиться вследствие:

1. излишнего полирования обнаженных корней зубов
2. проведения контролируемой чистки зубов
3. окрашивания зубного налета в труднодоступных местах
4. аппликаций реминерализующими растворами

3921. Профилактикой механических повреждений слизистой оболочки полости рта является:

1. удаление разрушенных зубов
2. отказ от приема крепких спиртных напитков

3. обработка противовоспалительными мазями
4. тщательный уход за полостью рта

3922. Профилактикой механических повреждений слизистой оболочки полости рта является:

1. своевременное пломбирование кариозных полостей
2. устранение вредной привычки курения
3. исключение из рациона острых блюд
4. устранение гальванизма в полости рта

3923. Профилактикой механических повреждений слизистой оболочки полости рта является:

1. шлифование острых краев зубов, пломб
2. исключение из рациона горячей пищи
3. применение кератопластических средств
4. устранение вредной привычки приема алкоголя

3924. Профилактикой механических повреждений слизистой оболочки полости рта является:

1. устранение вредных привычек (прикусывания слизистой щек, губ, языка)
2. отказ от курения трубки
3. назначение антисептических полосканий
4. соблюдение правил гигиенического ухода за полостью рта

3925. Профилактикой механических повреждений слизистой оболочки полости рта является:

1. изготовление новых и коррекция старых протезов
2. лечение бруксизма
3. назначение полосканий настоями трав
4. отказ от курения папирос без фильтра

3926. Профилактикой возникновения гальванизма в полости рта является:

1. изготовление протезов и пломб из однородных металлов
2. регулярная очистка и дезинфекция протезов
3. изготовление протезов и пломб из разнородных металлов
4. тщательный уход за полостью рта

3927. Местным фактором, способствующим развитию кандидомикоза, является:

1. неудовлетворительная гигиена полости рта
2. курение
3. прием мягкой пищи
4. гипосаливация

3928. Местным фактором, способствующим развитию кандидомикоза является:

1. наличие кариозных зубов
2. наличие острых краев протезов или пломб
3. наличие протезов, изготовленных из разнородных металлов
4. прием однообразной пищи

3929. Местным фактором, способствующим развитию кандидомикоза является:

1. наличие воспалительных заболеваний пародонта
2. чрезмерное употребление легкоферментируемых углеводов
3. скученность зубов
4. наличие заболеваний слюнных желез

3930. Местным фактором, способствующим развитию кандидомикоза является:

1. длительное ношение пластмассовых протезов без соответствующего ухода за ними

2. прием раздражающей пищи
3. вредная привычка прикусывания щек
4. наличие протезов, изготовленных из разнородных металлов

3931. Для профилактики герпетического стоматита у детей используются:

1. противовирусные мази
2. антибиотики
3. витамины
4. десенсибилизирующие препараты

3932. Профилактикой контактных аллергических стоматитов является:

1. изготовление протезов из индифферентных материалов
2. устранение вредных привычек
3. лечение кариеса
4. удаление разрушенных зубов

3933. Первичной профилактикой рака и предрака слизистой оболочки полости рта является:

1. предупреждение и устранение профессиональных вредностей
2. прием антибиотиков
3. устранение хронических очагов инфекции в полости рта
4. гигиена полости рта

3934. Первичной профилактикой рака и предрака слизистой оболочки полости рта является:

1. предупреждение и устранение хронических механических, физических и химических травм
2. сбалансированное питание
3. гигиена полости рта
4. устранение хронических очагов инфекции в полости рта

3935. Первичной профилактикой рака и предрака губы является:

1. предупреждение и устранение избытка солнечного излучения
2. прием антибиотиков
3. сбалансированное питание
4. гигиена полости рта

3936. Первичной профилактикой рака и предрака слизистой оболочки полости рта является:

1. предупреждение и устранение гальванизма
2. прием антибиотиков
3. сбалансированное питание
4. устранение хронических очагов инфекции в полости рта

3937. Первичной профилактикой рака и предрака слизистой оболочки полости рта является:

1. предупреждение и устранение гиповитаминозов
2. прием антибиотиков
3. гигиена полости рта
4. устранение хронических очагов инфекции в полости рта

3938. Первичной профилактикой рака и предрака слизистой оболочки полости рта является:

1. отказ от слишком горячей и раздражающей пищи
2. сбалансированное питание
3. устранение хронических очагов инфекции в полости рта
4. прием антибиотиков

3939. Фактор риска возникновения лейкоплакии:

1. курение
2. острый герпетический стоматит
3. соматические заболевания
4. хронические очаги инфекции в полости рта

3940. Фактором риска возникновения хронического афтозного стоматита является:

1. наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта
2. солнечное излучение
3. наличие инфекционных заболеваний
4. прием десенсибилизирующих препаратов

3941. Профилактикой эксфолиативного хейлита является:

1. использование гигиенической помады
2. сбалансированное питание
3. прием витаминов
4. лечение кариеса зубов

3942. Для очищения зубов ребенка в возрасте до 1 года наиболее целесообразно использовать:

1. мягкую резиновую щетку-напалечник
2. ватный тампон
3. детскую зубную щетку
4. детскую зубную щетку и гелевую зубную пасту

3943. Детям в возрасте до 3-х лет рекомендуется использовать для чистки зубов зубную щетку:

1. очень мягкую
2. мягкую
3. средней жесткости
4. жесткую

3944. Размер рабочей части зубной щетки для взрослых не должен превышать (мм):

1. 30
2. 20
3. 25
4. 10

3945. Для более тщательного очищения всех поверхностей и участков зубов наиболее эффективно использовать зубную щетку с формой подстрижки волокон рабочей части:

1. с различной высотой и направлением пучков щетины
2. прямой
3. V-образной
4. с выпуклой

3946. Индикаторные щетинки имеются у зубных щеток для:

1. определения срока замены щетки
2. улучшения эстетического вида
3. наиболее эффективного очищения межзубных промежутков
4. наиболее эффективного очищения зубов в стадии прорезывания

3947. Зубная щетка с продольным V-образным углублением рабочей части предназначена для:

1. ухода за полостью рта пациентов с брекет-системами
2. очищения дистальной поверхности последнего зуба в зубном ряду
3. очищения межзубных промежутков
4. ухода за полостью рта пациентов с заболеваниями пародонта

3948. Степень жесткости щетины зубной щетки обычно указывается на:

1. упаковке
2. ручке
3. рабочей части
4. в инструкции производителя

3949. Детям дошкольного возраста рекомендуется использовать зубную щетку:

1. мягкую
2. очень мягкую
3. средней жесткости
4. жесткую

3950. Одним из основных требований, предъявляемых к зубным щеткам, является наличие:

1. искусственного волокна
2. натуральной щетины
3. индикаторных щетинок
4. прямой ручки

3951. Силовой (активный) выступ имеется у зубных щеток для:

1. очищения дистальной поверхности последнего зуба в зубном ряду
2. наиболее эффективного очищения межзубных промежутков
3. определения срока замены щетки
4. улучшения эстетического вида щетки

3952. Размер рабочей части зубной щетки для взрослых не должен превышать (мм):

1. 30
2. 10
3. 20
4. 40

3953. Одними из основных компонентов зубных паст являются:

1. абразивные вещества
2. антисептики
3. экстракты лекарственных растений
4. солевые добавки

3954. В качестве абразивного компонента в состав зубных паст вводят:

1. диоксид кремния
2. монофторфосфат натрия
3. хлорид натрия
4. пирофосфаты

3955. В качестве активного компонента в противокариозных зубных пастах используют:

1. фториды
2. пирофосфаты
3. экстракты лекарственных растений
4. хлоргексидин

3956. В качестве противовоспалительного компонента в состав зубных паст вводят:

1. экстракты лекарственных растений
2. фторид натрия
3. карбонат кальция

4. карбамид

3957. В качестве пенообразующего компонента в состав зубных паст вводится:

1. лаурилсульфат натрия
2. дикальцийфосфат
3. полиэтиленгликоль
4. фторид натрия

3958. Гигиенические зубные пасты не содержат в своем составе:

1. экстракты лекарственных растений
2. увлажняющие компоненты
3. абразивные вещества
4. гелеобразующие компоненты

3959. Противокариозное действие зубных паст преимущественно обусловлено введением в их состав:

1. фторидов
2. пирофосфатов
3. экстрактов лекарственных растений
4. хлоргексидина

3960. Глицерин входит в состав зубных паст как компонент:

1. увлажняющий
2. абразивный
3. пенообразующий
4. ароматизирующий

3961. Гигиенические зубные пасты обладают действием:

1. очищающим
2. регенерирующим
3. отбеливающим
4. десенситивным

3962. Зубные пасты с солевыми добавками относятся к группе:

1. противовоспалительных
2. противокариозных
3. снижающих чувствительность твердых тканей зубов
4. отбеливающих

3963. Одним из основных компонентов зубных паст являются:

1. пенообразующие вещества
2. солевые добавки
3. экстракты лекарственных растений
4. витамины

3964. Соединения кальция могут входить в состав зубных паст в качестве компонента:

1. противокариозного
2. связующего
3. отбеливающего
4. пенообразующего

3965. Пластичность и однородность консистенции зубных паст обеспечивается входящими в их состав компонентами:

1. связующими
2. абразивными
3. пенообразующими
4. ароматизирующими

3966. Зубные пасты с высоким показателем абразивности предназначены для использования:

1. лицами, злоупотребляющими курением
2. основной массой населения
3. пациентами с повышенной чувствительностью твердых тканей зубов
4. детьми дошкольного возраста

3967. Одним из основных компонентов зубных паст являются:

1. связующие вещества
2. экстракты лекарственных растений
3. витамины
4. антисептики

3968. В качестве абразивного компонента в состав зубных паст вводят:

1. дикальцийфосфат
2. монофторфосфат натрия
3. хлорид стронция
4. гидроксиапатит

3969. Противокариозное действие зубных паст преимущественно обусловлено введением в их состав:

1. соединений кальция
2. пирофосфатов
3. экстрактов лекарственных растений
4. хлоргексидина

3970. Пирофосфаты входят в состав зубных паст в качестве компонентов:

1. препятствующих образованию зубного камня
2. противокариозных
3. противовоспалительных
4. абразивных

3971. Для снижения чувствительности твердых тканей зубов в состав зубных паст в качестве активного компонента вводят:

1. хлорид стронция, нитрат калия, гидроксиапатит
2. пирофосфаты, солевые добавки
3. экстракты лекарственных растений, хлоргексидин
4. ферменты, витамины

3972. Лаурилсульфат натрия входит в состав зубных паст как компонент:

1. пенообразующий
2. абразивный
3. увлажняющий
4. ароматизирующий

3973. Монофторфосфат натрия в составе лечебно-профилактических зубных паст обуславливает их действие:

1. противокариозное
2. противовоспалительное

3. отбеливающее
4. десенсибилизирующее

3974. Для уменьшения образования зубных отложений в состав зубных паст вводят:

1. триклозан
2. фторид натрия
3. экстракты лекарственных растений
4. карбамид

3975. В качестве фторидсодержащих компонентов в состав лечебно-профилактических зубных паст включают:

1. фторид натрия
2. фторид железа
3. фторид алюминия
4. фторид платины

3976. Витамины А и Е вводят в состав зубных паст для:

1. ускорения регенерации слизистой оболочки полости рта
2. профилактики кариеса
3. уменьшения образования зубных отложений
4. улучшения общего состояния организма

3977. В качестве противовоспалительного компонента в состав ополаскивателей для полости рта вводят:

1. хлоргексидин
2. этиловый спирт
3. фторид олова
4. монофторфосфат натрия

3978. Пациентам с брекет-системами для наиболее эффективного очищения пространства между дугой и зубами рекомендуется использовать:

1. зубные ершики
2. зубную щетку с ровной подстрижкой щетины
3. электрическую зубную щетку
4. зубочистки

3979. Для очищения съемных ортодонтических и ортопедических конструкций рекомендуется использовать:

1. дезинфицирующие таблетки
2. дистиллированную воду
3. раствор хлоргексидина 0,06%
4. раствор перекиси водорода 3%

3980. Для очищения контактных поверхностей зубов от налета наиболее целесообразно использовать:

1. зубные нити
2. зубную щетку и зубную пасту
3. вращающуюся щеточку и полировочную пасту
4. зубочистки

3981. Использование зубных нитей рекомендуется для удаления зубного налета с поверхностей зубов:

1. проксимальных

2. вестибулярных
3. окклюзионных
4. оральных

3982. Зубочистки наиболее целесообразно использовать для удаления:

1. остатков пищи из межзубных промежутков
2. зубного налета с гладких поверхностей зубов
3. зубного налета с контактных поверхностей зубов
4. зубного камня

3983. Пациентам с брекет-системами для наиболее эффективного очищения пространства между дугой и зубами рекомендуется использовать:

1. суперфлоссы
2. мануальную зубную щетку
3. электрическую зубную щетку
4. зубочистки

3984. По рекомендациям ВОЗ, концентрация фторида в зубных пастах для взрослых должна быть не менее (ppm):

1. 1000
2. 500
3. 2000
4. 5000

3985. Силанты - это материалы для:

1. герметизации фиссур и ямок
2. пломбирования кариозных полостей
3. пломбирования корневых каналов
4. изолирующих прокладок

3986. В районе с повышенным содержанием фторида в питьевой воде не рекомендуется использовать зубные пасты:

1. фторидсодержащие
2. кальцийсодержащие
3. гигиенические
4. с растительными добавками

3987. Пациентам с клиновидным дефектом твердых тканей зубов рекомендуется использовать зубную щетку:

1. мягкую
2. средней жесткости
3. жесткую
4. очень жесткую

3988. Длительное использование жесткой зубной щетки и высокоабразивной зубной пасты может привести к возникновению:

1. клиновидного дефекта твердых тканей зубов
2. гипоплазии эмали
3. флюороза
4. очагов деминерализации эмали

3989. Пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта в стадии обострения рекомендуют пользоваться зубной щеткой:

1. мягкой
2. средней степени жесткости
3. жесткой
4. очень жесткой

3990. Использование жесткой зубной щетки может привести к возникновению:

1. повышенной чувствительности твердых тканей зуба
2. гиперплазии эмали
3. гипоплазии эмали
4. флюорозу

3991. Жесткость волокна зубной щетки, рекомендуемой пациентам при повышенной чувствительности зубов, должна быть:

1. очень мягкой и мягкой
2. мягкой и средней
3. средней и жесткой
4. жесткой и очень жесткой

3992. Степень абразивности зубных паст, рекомендуемых пациентам при повышенной чувствительности зубов, должна быть:

1. низкой
2. средней
3. высокой
4. не содержать абразива

3993. Для obturации дентинных канальцев с целью снижения чувствительности твердых тканей зубов в зубные пасты вводят:

1. соединения фтора, кальция, стронция
2. лаурилсульфат натрия, лаурилсаркозинат натрия, спирт
3. сорбитол, глицерин, пропиленгликоль
4. диоксид кремния, двуокись кремния, химически осажденный мел

3994. Для уменьшения кровоточивости десен наиболее целесообразно использовать зубные пасты:

1. с растительными добавками
2. фторидсодержащие
3. кальцийсодержащие
4. отбеливающие

3995. Экзогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:

1. покрытие зубов фторидсодержащим лаком
2. фторирование питьевой воды
3. фторирование молока
4. прием таблеток фторида натрия

3996. Эндогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:

1. прием таблеток фторида натрия
2. покрытие зубов фторидсодержащим лаком
3. полоскания фторидсодержащими растворами
4. использование фторидсодержащих зубных паст

3997. Таблетки фторида натрия детям рекомендуют применять:

1. каждый день
2. через день

3. 1 раз в неделю
4. 1 раз в месяц

3998. Окрашивание очага деминерализации эмали раствором метиленового синего происходит вследствие:

1. повышения проницаемости эмали в зоне поражения
2. снижения pH зубного налета
3. нарушения Ca/P соотношения эмали
4. разрушения поверхностного слоя эмали

3999. Кариес в стадии мелового пятна дифференцируют с:

1. пятнистой формой флюороза
2. клиновидным дефектом
3. средним кариесом
4. эрозией эмали

4000. Профилактикой местной гипоплазии постоянных зубов является:

1. своевременное лечение кариеса временных зубов
2. реминерализирующая терапия
3. полноценное питание ребенка на первом году жизни
4. прием фторидсодержащих таблеток

4001. Конструкции профилактических протезов у детей 5-6 лет:

1. съемный пластиночный
2. вкладки
3. мостовидный
4. консольный

4002. Для нормализации носового дыхания, смыкания губ, глотания у детей проводится:

1. миогимнастика
2. избирательное пришлифовывание нестершихся бугров временных зубов
3. удаление сверхкомплектных зубов
4. динамическое наблюдение

4003. Для удаления зубного камня с помощью ультразвука используют аппарат:

1. Пьезон-Мастер
2. Pluraflex
3. Диагност
4. апекслокатор

4004. При удалении зубных отложений с поверхности имплантатов используют инструменты:

1. пластиковые
2. стальные
3. титановые
4. твердосплавные

4005. При невозможности надежной изоляции зуба от слюны во время герметизации фиссур материалом выбора служит:

1. стеклоиономерный цемент
2. химиотверждаемый герметик
3. светоотверждаемый герметик
4. композиционный пломбирочный материал

4006. При лечении кариеса в стадии мелового пятна первым этапом применения реминерализирующих средств является:

1. очищение от зубного налета
2. изоляция от слюны
3. высушивание
4. аппликация реминерализирующего средства

4007. В возникновении кариеса зубов ведущая роль принадлежит микроорганизмам:

1. стрептококкам
2. актиномицетам
3. вирусам
4. стафилококкам

4008. В возникновении кариеса важную роль играет свойство микроорганизмов:

1. образовывать органические кислоты
2. приспосабливаться к изменяющимся условиям внешней среды
3. вызывать дисбактериоз
4. выделять экзотоксины

4009. Наибольшая проницаемость эмали отмечается на зубах:

1. в пришеечной области, ямках, фиссурах
2. в области бугров, режущего края
3. на контактных поверхностях
4. на вестибулярной и язычной поверхностях

4010. Реминерализация – это:

1. восстановление минерального состава эмали
2. потеря кальция, фосфатов из подповерхностного слоя эмали
3. разрушение структуры эмали под действием органических кислот
4. восстановление гомеостаза в полости рта

4011. Процессы минерализации и реминерализации эмали обеспечиваются за счет поступления из ротовой жидкости:

1. кальция, фосфатов, фторидов
2. кислорода, водорода
3. белков, витаминов
4. органических кислот

4012. Основной источник поступления фторида в организм человека – это:

1. питьевая вода
2. пищевые продукты
3. воздух
4. витамины

4013. Кариес в стадии мелового пятна появляется на эмали в результате ее:

1. деминерализации
2. минерализации
3. реминерализации
4. созревания

4014. Фактором риска возникновения очаговой деминерализации эмали является:

1. неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта
2. наследственность

3. инфекционные заболевания ребенка на первом году жизни
4. высокое содержание фторидов в питьевой воде

4015. Флюороз возникает при употреблении питьевой воды с содержанием фторидов:

1. выше оптимального
2. низким
3. субоптимальным
4. оптимальным

4016. Одним из факторов риска возникновения клиновидного дефекта является:

1. горизонтальные движения зубной щеткой
2. чрезмерное употребление углеводов
3. повышенное содержание фторидов в питьевой воде
4. неудовлетворительная гигиена полости рта

4017. Причиной истирания твердых тканей зубов может быть:

1. постоянное использование высокоабразивных средств гигиены полости рта
2. высокое содержание фторидов в питьевой воде
3. низкое содержание фторидов в питьевой воде
4. употребление углеводистой пищи

4018. Основным местным фактором риска возникновения катарального гингивита является:

1. наличие микробного налета
2. наследственность
3. вредные привычки
4. наличие эндокринной патологии

4019. Фактор, способствующий развитию локального хронического гингивита:

1. скученность зубов
2. бруксизм
3. ксеростомия
4. употребление пищи, богатой клетчаткой

4020. За ежедневную чистку зубов у ребенка дошкольного возраста ответственны:

1. родители
2. стоматолог
3. гигиенист
4. педиатр

4021. Использование жевательной резинки после еды способствует:

1. увеличению скорости и количества выделения слюны
2. удалению зубного налета с контактных поверхностей зубов
3. снижению повышенной чувствительности эмали зубов
4. уменьшению воспаления в тканях десны

4022. Наибольшим кариесогенным действием обладает углевод:

1. сахароза
2. мальтоза
3. галактоза
4. гликоген

4023. Конечным продуктом метаболизма сахаров является:

1. органическая кислота

2. декстран
3. леваны
4. гликаны

4024. По рекомендациям ВОЗ суточное употребление сахара детьми дошкольного возраста должно составлять (грамм):

1. 20
2. 10
3. 40
4. 100

4025. Местным фактором риска возникновения кариеса является:

1. неудовлетворительная гигиена полости рта
2. слабощелочная реакция слюны
3. повышенное слюноотделение
4. прием пищи, богатой клетчаткой

4026. Высокоуглеводная диета является одним из основных факторов риска развития:

1. кариеса зубов
2. пародонтита
3. зубочелюстных аномалий
4. заболеваний слизистой оболочки полости рта

4027. После приема сахаров их повышенная концентрация в полости рта сохраняется в течение:

1. 20-40 минут
2. 3-5 минут
3. 10-15 минут
4. 2-3 часов

4028. Мотивация населения к сохранению стоматологического здоровья и выработка правил поведения и привычек, снижающих риск возникновения заболеваний - это понятие:

1. стоматологического просвещения
2. анкетирования населения
3. первичной профилактики стоматологических заболеваний
4. ситуационного анализа

4029. Активным методом стоматологического просвещения является:

1. занятия по обучению гигиене полости рта в группе детского сада
2. издание научно-популярной литературы
3. проведение выставок средств гигиены полости рта
4. телевизионная реклама

4030. Методы стоматологического просвещения, предполагающие непосредственное участие населения в получении информации называются:

1. активными
2. пассивными
3. индивидуальными
4. массовыми

4031. Анкетирование дает возможность оценить:

1. уровень знаний населения о профилактике стоматологических заболеваний
2. гигиеническое состояние полости рта пациентов
3. качество оказания стоматологической помощи населению

#### 4. уровень стоматологического здоровья населения

4032. К пассивным формам стоматологического просвещения относится:

1. телевизионная реклама
2. проведение урока здоровья в школе
3. беседа с пациентом на стоматологическом приеме
4. занятия по обучению гигиене полости рта в группе детского сада

4033. Объективную оценку эффективности стоматологического просвещения проводят по:

1. динамике показателей гигиенического состояния полости рта пациентов
2. результатам анкетирования населения
3. количеству стоматологических учреждений
4. количеству поставленных пломб

4034. Субъективную оценку эффективности стоматологического просвещения проводят по:

1. результатам анкетирования населения
2. динамике показателей гигиенического состояния полости рта пациентов
3. количеству стоматологических учреждений
4. количеству поставленных пломб

4035. Форма проведения стоматологического просвещения зависит от:

1. возраста
2. гигиенического состояния полости рта пациента
3. стоматологического статуса пациента
4. стоматологической заболеваемости населения региона

4036. Проведение беседы с пациентом по вопросам гигиены полости рта на стоматологическом приеме - это форма проведения стоматологического просвещения:

1. индивидуальная
2. групповая
3. массовая
4. популяционная

4037. Проведение урока здоровья в организованном детском коллективе - это форма проведения стоматологического просвещения:

1. групповая
2. индивидуальная
3. массовая
4. популяционная

4038. Телевизионная реклама средств гигиены полости рта - это форма проведения стоматологического просвещения:

1. массовая
2. индивидуальная
3. групповая
4. региональная

4039. Целью стоматологического просвещения является:

1. мотивация населения к поддержанию стоматологического здоровья
2. изучение стоматологической заболеваемости населения
3. выявление факторов риска возникновения стоматологических заболеваний
4. выявление среди населения групп риска возникновения стоматологических заболеваний

4040. Для получения информации об уровне знаний населения по вопросам возникновения и предупреждения стоматологических заболеваний проводится:

1. анкетирование
2. осмотр полости рта
3. обучение правилам гигиены полости рта
4. рекламные акции средств гигиены

4041. Визуально-ориентированным детям для наиболее эффективного обучения правилам гигиены полости рта необходимо:

1. наличие красочно оформленных наглядных пособий
2. подробное объяснение материала
3. тщательная отработка навыков на моделях и в полости рта
4. составление ребусов и логических задач

4042. Аудиально-ориентированным детям для наиболее эффективного обучения правилам гигиены полости рта необходимо:

1. подробное объяснение материала
2. наличие красочно оформленных наглядных пособий
3. тщательная отработка навыков на моделях и в полости рта
4. составление ребусов и логических задач

4043. Кинестетически-ориентированным детям для наиболее эффективного обучения правилам гигиены полости рта необходимо:

1. тщательная отработка навыков на моделях и в полости рта
2. наличие красочно оформленных наглядных пособий
3. подробное объяснение материала
4. составление ребусов и логических задач

4044. Фактор, действие которого во время беременности может нарушать формирование зубочелюстной системы ребенка:

1. токсикозы
2. неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта
3. изменение минерального состава слюны
4. чрезмерное употребление соленой пищи

4045. Фактор, действие которого во время беременности может нарушать формирование зубочелюстной системы ребенка:

1. экстрагенитальная патология
2. воспалительные явления в тканях пародонта
3. снижение минерализирующего потенциала слюны
4. недостаток поступления фтора в организм

4046. Фактор, действие которого может нарушать формирование зубочелюстной системы ребенка:

1. заболевания новорожденных
2. ранний прикорм
3. сосание пустышки на 1 году жизни
4. поступление фтора в организм ребенка в оптимальной дозировке

4047. Эффективность стоматологического просвещения у беременных женщин можно оценить по:

1. результатам анкетирования
2. количеству поставленных пломб
3. количеству женских консультаций
4. уровню оказания стоматологической помощи

4048. Во время беременности у женщин минеральный потенциал слюны:

1. снижается
2. повышается
3. не изменяется
4. изменяется вариабельно

4049. Для уменьшения воспаления в тканях пародонта у беременных женщин целесообразно применять зубные пасты с:

1. растительными добавками
2. аминофторидом
3. гидроксиапатитом
4. фторидом олова

4050. К общим методам профилактики стоматологических заболеваний относится:

1. здоровый образ жизни
2. герметизация фиссур
3. системное применение фторидов
4. местное применение фторидов

4051. К общим методам профилактики стоматологических заболеваний относится:

1. сбалансированное питание
2. герметизация фиссур
3. системное применение фторидов
4. применение реминерализирующих средств

4052. К общим методам профилактики стоматологических заболеваний относится:

1. стоматологическое просвещение
2. герметизация фиссур
3. системное применение фторидов
4. применение реминерализирующих средств

4053. К специфическим методам профилактики кариеса относится :

1. системное и местное применение фторидов
2. стоматологическое просвещение
3. санация полости рта
4. здоровый образ жизни

4054. К специфическим методам профилактики относится:

1. герметизация фиссур
2. стоматологическое просвещение
3. санация полости рта
4. диспансеризация

4055. В возрасте от рождения до 3 лет стоматологическое просвещение проводят с:

1. родителями
2. детьми
3. учителями
4. педиатрами

4056. Наиболее эффективной формой проведения стоматологического просвещения среди детей дошкольного возраста является:

1. игра

2. викторина
3. беседа
4. лекция

4057. Со взрослыми пациентами стоматологическое просвещение проводят в виде:

1. лекций и бесед
2. игр
3. занятий в группе
4. викторин

4058. Анкетирование дает возможность оценить:

1. уровень знаний населения о профилактике стоматологических заболеваний
2. гигиеническое состояние полости рта пациентов
3. качество оказания стоматологической помощи населению
4. интенсивность кариеса зубов у детей

4059. Гигиеническое воспитание детей младшего школьного возраста наиболее эффективно проводить в форме:

1. урока гигиены
2. семинара
3. лекции
4. рекламных буклетов

4060. Родители должны начинать чистить детям зубы с возраста:

1. прорезывания первого временного зуба
2. 1 года
3. 2 лет
4. 3 лет

4061. Зубная щетка подлежит замене в среднем 1 раз в:

1. 2-3 месяца
2. неделю
3. месяц
4. 6 месяцев

4062. Хранить зубную щетку в домашних условиях следует в:

1. стакане рабочей частью вверх
2. стакане рабочей частью вниз
3. футляре
4. дезинфицирующем растворе

4063. Время, в течение которого целесообразно использовать жевательную резинку после приема пищи составляет (минут):

1. 5-10
2. 1-5
3. 20-30
4. более 60

4064. Жевательную резинку рекомендуется использовать:

1. после приема пищи
2. перед чисткой зубов
3. после чистки зубов
4. в любое время

4065. Самостоятельное использование флоссов рекомендуется с возраста (лет):

1. 9-12
2. 4-5
3. 6-8
4. 15-16

4066. Снижению риска возникновения кариеса способствуют следующие особенности питания:

1. употребление сырых овощей и фруктов, твердой сухой пищи
2. высокое содержание в пище сахаров
3. употребление преимущественно мягкой пищи, не требующей интенсивного жевания
4. увеличение частоты приема пищи

4067. С целью профилактики зубочелюстных аномалий не рекомендуется использовать соску-пустышку детям старше:

1. 1 года
2. 6 месяцев
3. 2 лет
4. 3 лет

4068. Первый профилактический осмотр ребенка необходимо проводить в возрасте:

1. 6 месяцев
2. 2 месяцев
3. 1 года
4. 3 лет

4069. На профилактический осмотр дети и взрослые должны приходить не реже 1 раза в:

1. 6 месяцев
2. месяц
3. год
4. 2 года и более

4070. Гигиеническое воспитание детей дошкольного возраста должно проводиться в форме:

1. игры
2. урока
3. беседы
4. лекции

4071. Практическим этапом стоматологического просвещения является:

1. навык
2. знание
3. понимание
4. убеждение

4072. Для профилактики появления повышенной чувствительности зубов рекомендуется время чистки не более (минут):

1. 2-3
2. 1
3. 4-5
4. 6-7

4073. Фактор, действие которого может нарушать формирование зубочелюстной системы ребенка:

1. раннее искусственное вскармливание

2. соблюдение режима питания матерью
3. соблюдение режима труда матерью
4. соблюдение режима отдыха матерью

4074. Профилактические мероприятия среди женщин необходимо проводить на неделях беременности:

1. 6-8, 16-18, 26-28, 36-38
2. 4-5, 14-15, 24-25, 34-35
3. 2-4, 12-14, 22-24, 32-34
4. 9-10, 19-20, 29-30, 39-40

4075. Профессиональная гигиена полости рта у беременных женщин проводится с интервалом в (мес):

1. 3
2. 1
3. 6
4. 12

4076. Профилактические мероприятия для беременных женщин должны включать:

1. стоматологическое просвещение
2. фторирование питьевой воды
3. фторирование молока
4. прием таблеток, содержащих фторид

4077. Профилактические мероприятия для беременных женщин должны включать:

1. профессиональную гигиену полости рта
2. фторирование питьевой воды
3. фторирование молока
4. прием таблеток, содержащих фторид

4078. Стоматологическое просвещение для беременных женщин включает:

1. лекции о пользе грудного вскармливания
2. беседы о функции слюнных желез
3. обучение навыкам снятия зубного камня
4. беседы по гигиене жилища

4079. Стоматологическое просвещение для беременных женщин включает:

1. рекомендации по ограничению сахара в питании детей
2. беседы о функции слюнных желез
3. обучение навыкам снятия зубного камня
4. беседы по гигиене жилища

4080. Стоматологическое просвещение для беременных женщин включает:

1. лекцию о правилах пользования соской-пустышкой
2. беседы о функции слюнных желез
3. обучение навыкам снятия зубного камня
4. выявление кариозных зубов

4081. Частота посещения стоматолога детьми с целью профилактического осмотра составляет один раз в (мес.):

1. 6
2. 3
3. 9

4. 12

4082. Длина рабочей части детской зубной щётки не должна превышать(мм):

1. 25
2. 10
3. 15
4. 30

4083. Детям до 3-х лет рекомендуют использовать для чистки зубов зубную щётку:

1. очень мягкую
2. мягкую
3. средней жесткости
4. жесткую

4084. Детям старше 3-х лет для профилактики кариеса рекомендуют зубные пасты:

1. лечебно-профилактические с фторидом
2. гигиенические
3. лечебно-профилактические с растительными добавками
4. лечебно-профилактические с антисептиками

4085. Причиной генерализованного пародонтита может быть:

1. наличие эндокринных заболеваний у пациента
2. отсутствие контактного пункта между соседними зубами
3. нависающий край пломбы
4. скученность зубов во фронтальном отделе

4086. Ранним клиническим признаком воспаления десны является:

1. кровоточивость при чистке зубов
2. деформация десневых сосочков
3. пародонтальный карман
4. подвижность зубов

4087. Вестибулярное прорезывание верхних постоянных клыков встречается при:

1. недостатке места в зубном ряду
2. укороченной уздечке верхней губы
3. множественном кариесе
4. гингивите

4088. Вредная привычка прокладывания языка между фронтальными зубами может привести к:

1. резцовой дизокклюзии
2. расширению зубных рядов
3. сужению зубных рядов
4. возникновению диастемы

4089. Несмыкание фронтальных зубов у детей 2-3 лет может быть обусловлено:

1. длительным сосанием соски
2. нарушением жевания
3. неправильной осанкой
4. бруксизмом

4090. Фактором риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей является:

1. раннее удаление временных зубов
2. гипоплазия эмали

3. флюороз
4. средний кариес

4091. При глотании правильным является положение кончика языка:

1. в области небной поверхности верхних фронтальных зубов
2. между передними зубами
3. на границе твердого и мягкого неба
4. между губами

4092. Смена зубов происходит в возрастной период с (лет):

1. 6 до 12
2. 3 до 6
3. 4 до 10
4. 9 до 14

4093. К концу первого года жизни у ребенка должно прорезаться зубов:

1. 8
2. 4
3. 6
4. 10

4094. Гиперчувствительность твердых тканей зуба может возникнуть в результате:

1. отбеливания зубов
2. чистки зубов мягкой щеткой
3. употребления жвачки
4. использования зубной нити

4095. Умение врача-стоматолога выдвигать новые задачи и находить пути их решения, не прибегая к помощи коллег, других специалистов, характеризуется:

1. широта мышления
2. глубина мышления
3. самостоятельность мышления
4. гибкость мышления

4096. Главным отличительным признаком профессиональной этики врача-стоматолога является:

1. осознанный выбор моральных принципов и правил
2. поведения
3. стремление к знанию механизмов человеческого поведения и к управлению им
4. право на отклоняющееся поведение
5. произвольность мотива деятельности

4097. Деятельность человека, направленная на изменение своей личности и использование таких приемов как – самообязательство, самоотчет, самоконтроль:

1. самовоспитание
2. самосохранение
3. самообучение
4. самонаблюдение

4098. Стратегия поведения в конфликте, при которой человек выражает игнорирование, самоустранение, уходит от решения проблемы – это:

1. избегание
2. соперничество
3. приспособление

#### 4. сотрудничество

4099. Тезис об определяющей роли бытия по отношению к сознанию обосновал:

1. Маркс
2. Конт
3. Тойнби
4. Шпенглер
5. Фейербах

4100. Диалектика, как философская категория, означает:

1. искусство ведения спора
2. представление о вечном становлении мира
3. универсальная теория и метод познания мира
4. учение о противоречиях

4101. Понятие «материя» означает:

1. материя - философская категория для обозначения материальной основы бытия
2. материя - фундаментальная исходная категория философии для обозначения объективной реальности, данной нам в ощущениях
3. материя есть лишь символ, который отражает ощущения различных наших чувств
4. материя - это непознаваемая «вещь в себе»

4102. Возникновение философии означало:

1. появление отвлеченного знания, уход от мирских проблем, отказ от активной деятельности
2. появление в обществе нового социального класса
3. дальнейшая эволюция мифологии и религии, их синтез на основе знаний о природных процессах
4. переход людей к самостоятельному размышлению о мире, о человеческой судьбе, стремлении найти истину
5. опора человеческого мышления на новые традиции и авторитеты

4103. Специфической формой духовно-практического освоения человеком мира, системой взглядов, дающей целостное представление о мире, об отношении человека к миру и собственном месте в нем, является:

1. идеология
2. картина мира
3. мировоззрение
4. менталитет
5. мировосприятие

4104. Философское мировоззрение - это:

1. индивидуальное, личное
2. предельно обобщенный взгляд на мир, основанный на универсальных принципах закона и бытия
3. рассматривающее науку как главный фактор прогресса
4. стихийное, формирующееся на основе собственного опыта
5. базирующееся на догматах религиозного миропонимания

4105. Философские проблемы:

1. могут быть разрешены в рамках конкретной научной дисциплины
2. далеки от реальной жизни обычных людей
3. имеют всеобщий, предельный характер
4. связаны со сверхъестественным, нереальным миром
5. ставятся средствами массовой информации

4106. Философия зарождается как попытка решить основные мировоззренческие проблемы с помощью:

1. символов
2. образов
3. чувств
4. разума
5. веры

4107. Философия отличается от религии тем, что она:

1. является формой мировоззрения
2. вырабатывает определенную систему ценностей
3. исследует проблему смысла жизни человека
4. является теоретической формой освоения мира человеком
5. обращает человека к высшим истинам и конечным целям

4108. Растущая взаимозависимость различных регионов мира:

1. технологизация
2. глобализация
3. институционализация
4. дивергенция
5. дивинация

4109. Важнейшую роль в формировании гражданской позиции в обществе играет:

1. физика
2. история
3. математика
4. химия
5. биология

4110. В период коллективизации в СССР:

1. осуществлялась политика ликвидации кулачества как класса
2. был прекращен экспорт хлеба за рубеж
3. основной формой обобществления единоличных хозяйств была коммуна
4. осуществлялся выкуп земли и хозяйства у кулаков и устройство их на работу в город
5. проводилось уравнильное перераспределение земли между крестьянами

4111. Следствием Куликовской битвы было то, что:

1. усилилась роль Москвы в образовании Русского государства
2. был положен конец зависимости Руси от Золотой Орды
3. Золотая Орда распалась на отдельные ханства
4. крестьян и горожан освободили от уплаты налогов
5. Золотая Орда вошла в состав Русского государства

4112. Новое политическое мышление" – это:

1. программа перехода к рыночным отношениям
2. внешнеполитический курс М.С. Горбачева
3. реформа политической системы
4. реформа сельского хозяйства
5. реализация "Программы 500 дней" Г.А. Явлинского и С.С. Шаталина

4113. В результате Февральской революции 1917 г. произошло:

1. Россия вышла из мировой войны
2. было ликвидировано помещичье землевладение

3. началась национализация крупной промышленности
4. было свергнуто самодержавие

4114. Одним из факторов победы советского народа над фашистской Германией является:

1. патриотизм народов, населявших СССР
2. низкая оперативная подготовка генералитета вермахта
3. низкая боеспособность частей вермахта и его союзников
4. неготовность экономики Германии к ведению блиц-крига
5. разгром основных сил фашистской Германии в Северной Африке

4115. Понятие «ближнее зарубежье» для современной России включает в себя:

1. страны Скандинавии
2. страны Прибалтики
3. соседние государства вдоль южной границы России
4. бывшие союзные республики СССР
5. страны АСЕАН

4116. Для тоталитарного режима характерно:

1. правовой характер деятельности государства
2. демократизация политической жизни
3. контроль государства над обществом
4. формирование гражданского общества
5. развитие самоуправления

4117. Общественный прогресс - это:

1. изменения в обществе
2. переход от менее совершенных форм организации человеческого общества к более совершенным
3. изменения в сфере землепользования
4. открытие новых технологий
5. сохранение традиций

4118. Стратегическим партнером РФ на международной арене с 2000-ых гг. является:

1. Китай
2. США
3. Великобритания
4. Япония
5. Австралия

4119. Медицина относится к одному из типов знания:

1. естественнонаучному
2. гуманитарному
3. междисциплинарному
4. технологическому
5. искусствоведческому

4120. Мораль - это:

1. система внутренних установок человека, основанных на жизненных основополагающих ценностях
2. способность человека к социальной адаптации
3. наука о всеобщих законах развития общества
4. совокупность способностей и склонностей человека
5. следование библейским заповедям

4121. Гуманность – это:

1. общечеловеческое качество людей любить и ценить себе подобных
2. жить интересами социальной группы
3. чувство ответственности за судьбы людей
4. врожденное качество человека
5. приобретенное качество человека

4122. Основным принципом биоэтики является:

1. автономия личности
2. «не навреди»
3. плюрализм
4. приоритет науки
5. «делай добро»

4123. Под компетентностью в биоэтике понимают способность:

1. принимать решение, основанное на рациональных мотивах
2. мыслить
3. видеть
4. говорить
5. вести дискуссию

4124. Явление культуры, выступающее как общественное событие торжественного характера, связанное с выходом за пределы повседневности, называется:

1. праздник
2. магия
3. традиция
4. искусство
5. религия

4125. Функция искусства, которая служит для воспитания в человеке чувства прекрасного:

1. идеологическая
2. психологическая
3. воспитательная
4. эстетическая
5. гносеологическая

4126. Мифы о сотворении мира называются:

1. политические
1. реалистические
3. фантастические
4. космогонические
5. прогностические

4127. Культура Византии представляла собой синтез традиций:

1. греческих и восточных
2. римских и этрусских
3. римских и варварских
4. античных и христианства

4128. В переводе на русский язык греческое слово, от которого получила свое название наука этнография, означает:

1. народ
2. сообщество
3. быт

4. религия
5. политика

4129. Оптимальное количество активных занятий физическими упражнениями для студентов в недельном цикле должно составлять:

1. 2-4 часа
2. 4-7 часа
3. 6-9 часов
4. 8-12 часов
5. 1-3 часа

4130. К основным гигиеническим средствам, обеспечивающим укрепление здоровья, восстановление и повышение общей и спортивной работоспособности не относится:

1. правила личной гигиены
2. соблюдение рационального распорядка дня
3. биологически активные добавки
4. оптимальные санитарно-гигиенические условия быта
5. занятия физическими упражнениями

4131. Значение утренней гигиенической гимнастики:

1. физическая тренировка
2. улучшение деятельности нервной и других систем
3. оздоровление организма
4. работоспособность
5. подготовка организма к предстоящей деятельности

4132. Факторы, влияющие на улучшение умственной работоспособности:

1. хорошее состояние здоровья, тишина, хорошая освещенность помещения
2. шум, пониженная температура воздуха, слабая освещенность помещения
3. тишина, хорошее состояние здоровья, пониженная температура воздуха
4. слабая освещенность помещения, шум, хорошее состояние здоровья
5. хорошее состояние здоровья, шум, хорошая освещенность помещения

4133. Виды упражнений, которые следует включать в физкультурную паузу:

1. статические
2. упражнения на развитие аэробной выносливости
3. позо-тонические
4. упражнения на развитие анаэробной выносливости
5. стато – динамические

4134. Профессионально-прикладную физическую подготовку следует проводить:

1. во внеучебное время
2. в каникулярное время
3. круглогодично
4. в период прохождения учебных производственных практик
5. в ночное время суток

4135. Основными физиологическими особенностями тренированного организма являются:

1. рациональное использование ресурсов организма; быстрая активизация функций организма в начале работы, быстрое снижение физиологических сдвигов до исходного уровня по окончании работы
2. рациональное использование ресурсов организма; медленная и равномерная активизация функций организма в начале работы

3. быстрая активизация функций организма в начале работы; частичное использование ресурсов организма
4. быстрое снижение физиологических сдвигов до исходного уровня по окончании работы, нерациональное использование ресурсов организма
5. медленная и равномерная активизация функций организма в начале работы; быстрое снижение физиологических сдвигов до исходного уровня по окончании работы

4136. К циклическим упражнениям относятся:

1. единоборства
2. прыжки в высоту
3. плавание
4. фигурное катание
5. спортивные игры

4137. Способность человека к продолжительному эффективному выполнению работы умеренной интенсивности при глобальном функционировании мышечной системы, принято называть:

1. быстротой
2. гибкостью
3. выносливостью
4. ловкостью
5. силой

4138. К объективным показателям самоконтроля относятся:

1. лабильность нервных процессов, частота сердечных сокращений
2. антропометрия, самочувствие, спирометрия
3. частота сердечных сокращений, артериальное давление, антропометрия
4. спирометрия; лабильность нервных процессов, артериальное давление
5. артериальное давление; частота сердечных сокращений; спирометрия

4139. Тренировки с оздоровительной направленностью наиболее эффективны при нагрузках при пульсе:

1. от 100 до 160 уд\мин
2. от 120 до 180 уд\мин
3. от 80 до 140 уд\мин
4. от 160 свыше 200 уд\мин
5. от 140 до 180 уд\мин

4140. К объективным причинам травм у спортсменов не относится:

1. несовершенство используемых спортивных снарядов
2. недисциплинированность
3. неумение владеть телом и недостаточная подготовка
4. эмоциональность
5. неблагоприятные метеорологические условия

4141. Правильная последовательность массажных приёмов:

1. растирание, поглаживание, вибрация, ударные приёмы, разминание, выжимание
2. поглаживание, выжимание, ударные приёмы, растирание, разминание, вибрация
3. поглаживание, растирание, выжимание, разминание, ударные приёмы, вибрация
4. поглаживание, растирание, разминание, выжимание, ударные приёмы, вибрация
5. растирание, поглаживание, вибрация, ударные приёмы, разминание

4142. Заболевание, при котором показана реабилитация верховой ездой:

1. послеоперационная реабилитация

2. нарушение двигательной сферы в результате параличей, полиомиелита, умственная отсталость
3. различные нарушения при климатической адаптации
4. ампутация конечностей
5. психические расстройства

4143. Факторы, определяющие содержание профессионально-прикладной физической подготовки:

1. сфера деятельности, содержание и условия труда, психофизиологические особенности труда
2. экологические условия проживания, психофизиологические особенности труда
3. содержание и условия труда, финансово-экономическое состояние конкретной сферы деятельности
4. сфера деятельности, экологические условия проживания
5. психофизиологические особенности труда, финансово-экономическое состояние конкретной сферы деятельности

4144. Физические качества, которые необходимо развивать врачу-стоматологу:

1. быстрота двигательной реакции
2. динамическая сила мышц ног
3. ловкость кисти, сила верхних конечностей и мышц спины
4. гибкость суставов
5. общую выносливость

4145. Физическая подготовка - это:

1. развитие максимальной амплитуды движений
2. развитие всех физических качеств, повышение функциональных возможностей органов и систем
3. развитие выносливости
4. обучение технике, избранного вида спорта
5. максимально возможное развитие физических качеств

4146. Понятие, являющееся наиболее емким (включающим все остальные):

1. спорт
2. волевая подготовка
3. физическая культура
4. система физического воспитания
5. физическое развитие

4147. Гигиеническая гимнастика относится к группе физических упражнений:

1. спортивной
2. массовой
3. оздоровительной
4. образовательно-развивающей
5. прикладной

4148. Что является показателем «количества здоровья»:

1. МПК
2. ЖЕЛ
3. отсутствие болезней
4. мышечная сила
5. артериальное давление

4149. Главное значение стретчинга:

1. ускорить выполнение физических упражнений
2. увеличить физиологический поперечник мышц
3. удлинить мышечные волокна путем растягивания

4. увеличить количество белых мышечных волокон
5. увеличить количество красных мышечных волокон

4150. К. Купер создал систему, в основе которой лежит:

1. силовая физическая нагрузка
2. эмоциональная гармония
3. голодание
4. аэробная физическая нагрузка
5. рациональное питание

4151. Организм человека имеет резервы:

1. клинические
2. физические
3. соматические
4. индивидуальные
5. морфологические

4152. Массаж – это:

1. совокупность специальных приемов, посредством которых оказывают дозированное механическое и рефлекторное воздействие на ткани и органы человека
2. особый метод комплексного лечебно-профилактического воздействия на все жизненно - важные системы организма
3. своеобразный метод рефлекторного воздействия пальцами рук на строго определенные участки тела
4. постепенное расслабление какого-либо состояния тела после прекращения действия факторов

4153. Физические качества, которые необходимо развивать врачу-терапевту (педиатру):

1. сила верхних конечностей
2. гибкость суставов
3. динамическая сила мышц ног, общая выносливость
4. быстрота реакции
5. ловкость

4154. К показателям антропометрии относится:

1. рост, окружность грудной клетки, вес
2. вес, сила спины
3. ЭКГ, окружность грудной клетки
4. УЗИ сердца, рост
5. сила кисти, окружность грудной клетки на вдохе

4155. Объективно определить интенсивность работы можно по:

1. потоотделению
2. самочувствию
3. пульсу
4. настроению
5. состоянию кожных покровов

4156. Уровень физического развития оценивается с помощью методов:

1. антропометрических стандартов; антропометрических индексов
2. антропометрических стандартов; процентных отклонений
3. антропометрических индексов; процентных отклонений
4. стандартных шкал, антропометрических индексов
5. процентных отклонений; процентных отклонений

4157. Для выявления диапазона физиологических резервов организма человека применяются:

1. контрольные тесты
2. тестовые испытания
3. функциональные пробы
4. опытные проверки
5. педагогическое тестирование

4158. Причинами перетренированности являются:

1. нерациональное питание, перенесенное спортсменом «на ногах» заболевание
2. неоправданное увеличение тренировочных нагрузок, смена климатических условий
3. неправильная организация тренировочного процесса, неоправданное увеличение тренировочных нагрузок
4. неоправданное увеличение тренировочных нагрузок, плохое освещение
5. нерациональное питание, неправильная организация тренировочного процесса

4159. Роль средневековой исламской медицины в мировой истории:

1. сохранение античного наследия
2. создание новой концепции болезней
3. сохранение античного наследия и обогащение его новыми знаниями
4. разработка химических методов получения лекарств
5. отделение религии от медицины

4160. И.И. Мечников получил Нобелевскую премию в 1908 г. (совместно с П. Эрлихом) за свои исследования в области:

1. физиологии высшей нервной деятельности
2. физиологии пищеварения
3. иммунитета
4. полостной хирургии
5. бактериологии

4161. Возникновение христианских больниц было связано с идеей:

1. хирургического лечения больных
2. лечения прокаженных
3. гостеприимства и помощи нуждающимся
4. распространения христианской веры
5. изоляции зараженных

4162. В Отчете о санитарных условиях жизни рабочего населения Великобритании 1842 года Э. Чедвик пришел к следующему выводу:

1. все имеют право на бесплатную доступную медицинскую помощь
2. способность организмов к воспроизводству всегда превосходит количество потомства, которое сможет выжить
3. продолжительность жизни обусловлена образом жизни
4. показатели смертности у богатых выше, чем у бедных
5. болезни передаются от одного зараженного человека другому

4163. Случай бессимптомного носительства человеком брюшного тифа, за время которого заразились 47 человек, трое из заболевших умерли, дважды приведший к насильственному карантину (второй карантин был пожизненным), ставший примером юридических, медицинских и этических вопросов, связанных с санитарным надзором:

1. «Тифозная Мэри» («Typhoid Mary»)
2. «Священная болезнь»

3. «Черная смерть»
4. «Синяя смерть»
5. «желтая лихорадка»