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

гипосаливация

гиперсаливация

снижение вязкости слюны

увеличение концентрации минеральных элементов

количественные и качественные характеристики слюны не изменяются

002. Соотношение Са/.Р в кариесрезистентной эмали:

1,21

1,43

1,69

1,79

2,0

003. Какую из предложенных классификаций кариеса сложно в полном объеме применять во временном прикусе:

по течению

по глубине поражения

по локализации

по степени активности (Т. Ф. Виноградова)

004. Зона с избыточным отложением прозрачного дентина с избыточным отложением солей кальция называется:

первичным дентином

вторичным дентином

третичным дентином

четвертичным дентином

005. Третичный дентин во временных зубах:

практически не образуется

образуется во все периоды развития зуба

образуется лишь в период стабильного существования

образуется лишь в период формирования корня

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

фтора

карбонатов

кальция

натрия

стронция

007. Укажите пломбировочный материал для лечения фронтальной группы постоянных зубов:

пломбировочные материалы на основе акриловых смол

силикатные цементы

подбирается по индивидуальным показаниям

иономерные цементы

композиционные пломбировочные материалы

008. Какой композиционный материал обладает наивысшей эстетичностью:

имеющий микронаполнитель

имеющий микрогибридный наполнитель

имеющий макронаполнитель

имеющий гибридный наполнитель

009. Основной удерживающий момент герметиков-силантов в фиссурах зубов:

механическая микроретенция (проникновение материала в протравленную кислотой эмаль)

химическое соединение с твердыми тканями зубов

удержание за счет неровностей и углублений в фиссурах

удержание за счет правильно сформированной полости зуба

010. Деминерализация эмали начинается в ее слое:

поверхностном

подповерхностном

среднем

глубоком

одновременно во всех слоях эмали

011. Обратимость процесса очаговой деминерализации связана с:

повышением проницаемости эмали

потерей из поврежденного участка ионов кальция

сохранением органической основы эмали

образованием пелликулы на поверхности эмали

повышением вязкости слюны

012. Реминерализирующую терапию рекомендуется проводить при:

кариесе в стадии пятна

среднем кариесе

глубоком кариесе

осложненном кариесе

пародонтите

013. Для дифференциальной диагностики кариеса в стадии пятна и некариозных поражений твердых тканей зубов проводят:

определение гигиенических индексов

витальное окрашивание эмали раствором метиленового синего

электроодонтодиагностику

рентгенологическое исследование

микробиологическое исследование

014. Кариозный процесс не возникает в твердых тканях зубов:

дистопированных

ретенированных

015. Реминерализация эмали зубов возможна благодаря свойствам кристаллов гидроксиапатита:

высокой твердости

растворимости в слюне

способности к ионному обмену

016. Метод «серебрения» применяют при лечении:

начальных форм кариеса молочных зубов

начальных форм кариеса постоянных зубов

хронического гранулирующего периодонтита

хронического фиброзного пульпита

глубокого кариеса

017. Изменение химического состава эмали при кариесе в стадии пятна сопровождается:

снижением микротвердости наружного слоя эмали больше, чем подповерхностного

снижением микротвердости наружного слоя эмали меньше, чем подповерхностного

одинаковым снижением микротвердости наружного и подповерхностного слоев

повышением микротвердости наружного слоя больше, чем подповерхностного

одинаковым повышением микротвердости наружного и подповерхностного слоев

018. При кариесе в стадии пятна эмаль:

гладкая, зондирование болезненно

гладкая, зондирование безболезненно

шероховатая, зондирование болезненно

шероховатая, зондирование безболезненно

легко удаляется экскаватором

019. Пятна при быстром развитии кариеса:

блестящие, зондирование безболезненно

меловидные, зондирование безболезненно

пигментированные, зондирование болезненно

меловидные, зондирование болезненно

пигментированные, зондирование безболезненно

020. Рецидив кариеса – это:

возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения

новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе

средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином

обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина

кариозный процесс в постоянных зубах

021. Гиперминерализация дентинных канальцев при среднем кариесе и 1 степени активности определяется в зоне:

распада и деминерализации

тела поражения

прозрачного и интактного дентина

темной зоне

заместительного дентина и изменений в пульпе

022. Пломбировочные материалы, применяемые без прокладки для лечения среднего кариеса постоянных несформированных резцов:

амальгама

силидонт

стеклоиономерные цементы

композитные материалы

силиции

023. При лечении среднего кариеса временных резцов и клыков можно без прокладки применять:

эвикрол

стеклоиономерные цементы

силидонт

силиции

амальгаму

024. Инфицирование пульпы гематогенным путем:

невозможно

возможно лишь во временных зубах

возможно лишь в постоянных зубах

возможно и в постоянных, и во временных зубах

025. Хронический пульпит временного зуба протекает при наличии:

только глубокой кариозной полости

как глубокой, так и неглубокой кариозной полости

только неглубокой кариозной полости

026. Хронические пульпиты временных зубов:

не сопровождаются деструктивными изменениями кости со стороны околозубных тканей

сопровождаются только изменениями костной ткани в области бифуркации

сопровождаются изменениями костной ткани и остеопорозом замыкательной контактной пластинки лунки зуба в области бифуркации

сопровождаются только остеопорозом замыкательной контактной пластинки лунки зуба в области бифуркации

027. В первую очередь инфекция из воспаленной пульпы временного зуба проникает в:

периапикальную область

в межкорневую область

в периапикальную область и в межкорневую область

028. Острые формы пульпита временного зуба чаще диагностируют у детей:

крепких, здоровых, редко болеющих

часто болеющих, имеющих хронические заболевания

возникновение острых форм пульпитов не зависит от общесоматического здоровья

029. Вскрытие полости зуба проводят:

финиром

карборундовой головкой

фиссурным бором

шаровидным бором № 1

диском

030. Мышьяковистая паста классической прописи в зуб 7 накладывается на время:

24 часа

48 часов

3 суток

5–6 суток

7 суток

031. Для удаления коронковой части (ампутации) пульпы используют инструменты:

штопфер

экскаватор

зонд

колесовидный бор

032. Полость зуба раскрывают бором:

колесовидным

грушевидым

батт-бором

обратноконусовидным

торпедовидным

033. Слой одонтобластов в период функциональной зрелости пульпы временного зуба хорошо выражен:

и в корневой, и в коронковой части

в коронковой части

в корневой части

034. Наибольшее количество нервных элементов и сосудов в пульпе временного зуба наблюдается в период:

развития функциональной активности

функциональной зрелости

в оба периода

035. Временные моляры обычно имеют по два канала в каждом корне:

да

нет

только на нижней челюсти

только на верхней челюсти

036. Показанием к проведению импрегнационных методов являются:

хорошо проходимые каналы

каналы в стадии резорбции верхушечной части

плохо проходимые и облитерированные каналы

каналы однокорневых зубов

воспаление в периодонте

037. Препараты на основе ЭДТА преимущественно действуют в среде:

кислой

щелочной

нейтральной

с гипохлоритом натрия

соленой

038. Самый эффективный вид консервативного лечения хронических периодонтитов временных зубов у детей:

метод полного удаления распада из корневых каналов (инструментальная обработка) с последующим воздействием лекарственными веществами на стенки полости зуба, периодонта и окружающие ткани и пломбирование корневых каналов

резорцин-формалиновый метод

физиотерапевтический метод

фенол-формалиновый метод

039. Зуб, вызвавший одонтогенный острый периостит и обязательно подлежащим удалению:

постоянный резец

постоянный моляр

временный моляр

040. Киста всегда воспалительного происхождения:

киста резцового канала

киста прорезывания

десневая киста

собственно фолликулярная киста

радикулярная киста

041. Предпочтительный метод лечения у ребенка 7 лет, страдающего хронической пневмонией, повышенной чувствительностью к лекарственным препаратам, при хроническом фиброзном пульпите в IV:

биологический метод

витальная ампутация

удаление зуба

девитальная ампутация

девитальная экстирпация

042. Наиболее постоянный клинический симптом одонтогенной кисты челюсти:

острый периостит

вздутие (деформация) челюсти

отсутствие зубов в зоне процесса

свищевой ход

043. Ведущий рентгенологический признак при диагностике хронического фиброзного периодонтита:

расширение периодонтальной щели

атрофия

деструкция кортикальной пластинки лунки зуба

остеопороз

деформация периодонтальной щели

044. При отсутствии положительной динамики консервативного лечения деструктивного периодонтита однокорневого зуба проводится:

повторное эндодонтическое лечение

гемисекция

короно-радикулярная сепарация

резекция верхушки корня

ампутация корня

045. Болевые ощущения при зондировании дна кариозной полости в одной точке характерны для:

среднего кариеса

глубокого кариеса

хронического фиброзного пульпита

хронического гангренозного пульпита

хронического периодонтита

046. Форма пульпита, преимущественно выявляемая в молочных зубах при плановой санации полости рта у детей:

острый

хронический фиброзный

хронический гангренозный

хронический гипертрофический

047. Поверхностное зондирование пульпы безболезненно при пульпите:

хроническом фиброзном

хроническом гангренозном

хроническом гипертрофическом

хроническом в стадии обострения

остром очаговом

048. У детей в воспалительный процесс могут вовлекаться окружающие зуб ткани (периодонт, кость, надкостница), региональные лимфоузлы и мягкие ткани лица при пульпите:

остром

хроническом гангренозном вне стадии обострения

хроническом гипертрофическом

хроническом фиброзном

при пульпитах не могут

049. Дифференциальный симптом между острым пульпитом и периодонтитом временного зуба:

наличие вскрытой полости зуба

наличие закрытой полости зуба

боль при касании языком, инструментом и малейшей перкуссии зуба

боль от температурных раздражителей

050. Причиной пульпита в постоянных резцах с несформированными корнями чаще является:

перелом части коронки зуба

нарушение техники препарирования кариозной полости

обработка кариозной полости при глубоком кариесе 3%. раствором перекиси водорода, спиртом, эфиром

нелеченый кариес

наследственная предрасположенность

051. Форма пульпита, при которой кариозная полость всегда сообщается с полостью зуба:

острый очаговый пульпит

острый диффузный пульпит

хронический фиброзный пульпит

хронический гангренозный пульпит

хронический гипертрофический пульпит

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

самопроизвольные

от раздражителей

при накусывании на зуб

разлитые

иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва

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

прекращения воспалительного процесса

прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования корня

обеспечения дальнейшего формирования корня

прекращения дальнейшего формирования корня

ускорения формирования корня

054. Эффективность лечения пульпита несформированных зубов ампутационным методом контролируют рентгенологически:

через 3 недели, а потом 1 раз в год

через 3 недели, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня

через 3–6 месяцев, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня

однократно после завершения лечения

однократно через 1 год после лечения

055. Рентгенологически при хроническом гангренозном пульпите в межкорневом пространстве у молочных моляров чаще выявляется:

расширение периодонтальной щели

остеопороз

остеосклероз

гиперцементоз

отсутствие изменений

056. При остром токсическом периодонтите следует:

удалить повязку, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания

удалить повязку, коронковую пульпу, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания

удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания

удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, ввести в каналы обезболивающий препарат под повязку

удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, канал запломбировать пастой на масляной основе

057. Лечение хронического гранулирующего периодонтита постоянного резца с несформированным корнем вне стадии обострения:

удалить распад пульпы и грануляции из раструба канала, запломбировать его в то же посещение

из канала удалить распад пульпы, зуб оставить открытым

из канала удалить только некротизированную пульпу, грануляции не удалять, заполнить пастой свободную от грануляций часть канала, наложить пломбу

из канала удалить распад пульпы, в канале оставить турунду с антисептиком под повязку

из канала удалить распад пульпы, в канале оставить турунду с протеолитическими ферментами

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

запломбировать канал

зуб оставить открытым

наложить временную пломбу (повязку)

направить на физиотерапию

оставить турунду с протеолитическими ферментами

059. Причиной острого серозного периодонтита чаще всего является:

ушиб зуба

обработка корневого канала йодинолом

передозировка мышьяковистой пасты

использование препаратов для расширения канала

обработка корневого канала хлорофиллиптом

060. Рациональная тактика при хроническом периодонтите молочных зубов у ребенка, страдающего пиелонефритом:

применение резорцин-формалинового метода

пломбирование каналов пастой на масляной основе

удаление зуба

пломбирование каналов пастой на основе гидроокиси кальция

пломбирование каналов резорцин-формалиновой пастой

061. Пломбирование каналов молочных резцов с разрушенной коронкой производят:

пастой из окиси цинка на масляной основе

фосфат-цементом

серебряным штифтом

пастой Каласепт

резорцин-формалиновой пастой

062. Методика лечения при отломе коронки резца с обнажением пульпы у ребенка 12 лет:

метод прижизненной экстирпации

витальная ампутация коронковой пульпы

изготовление ортодонтической коронки

глубокая ампутация пульпы

наложение на обнаженную пульпу одонтотропной пасты и защитной коронки

063. Какие зубы чаще всего поражаются при флюорозе:

все временные зубы

все постоянные зубы

временные моляры

все временные и постоянные зубы

постоянные резцы

064. Какая тактика врача считается правильной при неосложненном переломе коронки зуба с незаконченным ростом корней:

проведение метода прижизненной ампутации пульпы

проведение метода девитальной ампутации

защита линии перелома кальцийсодержащими препаратами, повязкой или коронкой

проведение метода прижизненной экстирпации пульпы

защита линии перелома фторсодержащими препаратами

065. Основной клинический признак хронического периодонтита в любом возрасте:

пульпа болезненна только в устьях корневых каналов

пульпа некротизирована в коронковой и корневой части полости зуба

боль при накусывании на зуб

кариозная полость на контактной поверхности моляра, препарирование безболезненно

отек мягких тканей лица

066. Основной критерий эффективности лечения периодонтита постоянных зубов:

отсутствие подвижности

отсутствие боли при накусывании

отсутствие рецидивов воспаления

восстановление структуры костной ткани на рентгенограмме

отсутствие свища на десне

067. Каналы молочных сформированных резцов предпочтительнее пломбировать:

резорцин-формалиновой пастой

пастой из окиси цинка на масляной основе

фосфат-цементом

штифтами

пастой Каласепт

068. В каком из перечисленных случаев резорцин-формалиновая паста является лучшим материалом для пломбирования корневых каналов:

при инструментально-недоступном канале

при инструментально-доступных каналах

при инструментально-недоступном канале моляров

при фиброзном периодонтите

069. Принцип лечения неполного вывиха временного зуба со сформированными корнями:

наблюдение, лечение зуба по показаниям

трепанация и лечение зубов

репозиция, по показаниям фиксация, противовоспалительная терапия, наблюдение

фиксация зуба

070. Характерные анатомические особенности для челюстных костей детского возраста:

губчатое вещество преобладает над компактным, слабо минерализовано, богато васкуляризовано

компактный слой преобладает над губчатым, хорошо минерализован, слабо васкуляризован

компактный слой преобладает над губчатым, слабо васкуляризован и минерализован

преобладает губчатое вещество, хорошо минерализовано

компактное и губчатое вещества представлены поровну

071. Абсолютным противопоказанием к удалению зуба в условиях поликлиники является:

аллергия к местному анестетику

хронический пиелонефрит

ОРВИ

болезнь Дауна

врожденный порок сердца в стадии декомпенсации

072. Неотложной помощью при обострении хронического периодонтита после вскрытия полости зуба является:

назначение противовоспалительной терапии, теплых ротовых ванночек

удаление распада коронковой и корневой пульпы, назначение противовоспалительной терапии

удаление распада пульпы, раскрытие верхушки корня зуба, медикаментозная обработка канала, зуб оставить открытым, назначение противовоспалительной терапии, теплых ротовых ванночек

раскрыть полость зуба, назначить теплые ротовые ванночки

разрез по переходной складке

073. Клинические проявления острого токсического периодонтита:

боль при накусывании на зуб

отек мягких тканей лица

свищ на десне с гнойным отделяемым

клинических проявлений нет

приступообразные ночные боли

074. Медикаментозные средства для антисептической обработки корневых каналов:

дистиллированная вода

физиологический раствор

мирамистин

эфир

спирт

075. В состав анестетика септанест входит:

мепивакаин

лидокаин

артикаин

076. К осложнениям, возникающим во время операции удаления зуба, относится:

синусит

альвеолит

вывихивание соседнего зуба

периостит челюсти

остеомиелит

077. Смещение нижней челюсти вправо при открывании рта является клиническим признаком:

привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава справа

привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава слева

костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава слева

костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава справа

078. Смещение средней линии подбородка вправо наблюдается у детей при:

вторичном деформирующем остеоартрозе правого височно-нижнечелюстного сустава

вторичном деформирующем остеоартрозе левого височно-нижнечелюстного сустава

костном анкилозе левого височно-нижнечелюстного сустава

079. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны ребенку пяти лет показана:

остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу

остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой аутокостью

остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой гомотрансплантатом

артропластика

механотерапия

080. Ограничение функции височно-нижнечелюстного сустава, противовоспалительная терапия с физиолечением показаны детям с:

анкилозом височно-нижнечелюстного сустава

болевым синдромом дисфункции сустава

вторичным деформирующем остеоартрозом

врожденной патологией сустава

081. Какой исход остеомиелита челюстных костей является особенностью детского возраста:

образование дефекта кости

адентия

патологический перелом челюсти

задержка роста челюсти

082. Возможное местное осложнение при удалении зубов на верхней челюсти:

перфорация верхнечелюстной пазухи

перелом мыщелкового отростка

обморок

онемение нижней губы

коллапс

083. Врачебная тактика при полном вывихе молочного зуба:

если до смены зуба остается менее одного года, зуб не репланируется

временные зубы реплантации не подлежат

временный зуб должен быть реплантирован, если до его смены остается более двух лет

временный зуб необходимо реплантировать, чтобы не нарушить формирование прикуса.

если корень зуба резорбирован более чем на 1/3, зуб реплантации не подлежит

084. Когда выявляются первые рентгенологические признаки деструкции челюстей у детей при остеомиелите:

через 3 недели

через 4 недели

на 10–12 сутки

на 4–5 сутки

085. Что способствует частым лимфаденитам в детском возрасте:

большая распространенность кариеса у детей

частота заболеваний инфекционными болезнями и заболеваниями ЛОР-органов

функциональное и морфологическое несовершенство лимфатических узлов у детей

трудности диагностики

частые повреждения челюстно-лицевой области

086. Наиболее вероятная причина лимфаденита подчелюстных лимфатических узлов у ребенка 2–3 лет:

одонтогенная причина

дерматогенная причина

тонзиллогенная причина

инфекционная причина

травматическая причина

087. Атипичная форма МЭЭ называется синдромом:

Бехчета

Шегрена

Розенталя

Стивенса-Джонсона

Папийон-Лефевра

088. Этиология пиодермии:

грибковая

инфекционная

инфекционно-аллергическая

вирусная

аллергическая

089. Частота обработки полости рта при молочнице:

каждый час

перед едой

сразу после каждого приема пищи

только перед сном

через 1–1,5 часа после еды

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

каждый час

перед едой

после каждого приема пищи

только перед сном

через день

091. Возрастной период, в котором, ОГС возникает наиболее часто:

от 3 месяцев до 1 года

от 6 месяцев до 3 лет

от 3 месяцев до 3 лет

от рождения до 3 лет

092. Укажите верное определение понятия «Герпетическая афта»:

эрозия округлой формы, покрытая некротическим налетом, располагающаяся на инфильтрированном основании

язва, покрытая некротическим налетом, окруженная венчиком гиперемии

эрозия, покрытая некротическим налетом, окруженная венчиком гиперемии

093. Когда ребенок, больной ОГС, НЕ является распространителем вируса:

в период остаточного гингивита

после угасания лимфаденита

после полной эпителизации всех высыпаний

через 5 дней после последних высыпаний

094. При ОГС в мазках содержимого пузырьков и соскобов с поверхности афт в первые 2–4 дня заболевания обнаруживается:

большое количество мицелия гриба

гигантские многоядерные клетки

туберкулезные микобактерии

почкующиеся клетки

фузобактерии

095. Что целесообразнее применить при язвенно-некротическом гингиво-стоматите:

удаление только мягкого налета на зубах

удаление наддесневого и поддесневого зубного камня

удаление некротических участков в области поражения

глубокий кюретаж зубо-десневых карманов

применение антибактериальных препаратов широкого спектра действия и средств, повышающих сопротивление организма, гигиена полости рта

096. При кандидозе в соскобах обнаруживаются:

почкующиеся клетки грибов Candida

гигантские эпителиальные клетки

многоядерные клетки

микобактерии

скопления кокков

097. Ведущую роль в патогенезе ОГС играет:

контакт с больным

снижение иммунитета

недавно перенесенное ОРЗ

возраст ребенка

конституция ребенка

098. Прекратить рецидивы хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) и многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ) или значительно сократить частоту рецидивов и ослабить тяжесть их проявления помогают:

антисептические полоскания рта в период между рецидивами

систематическое применение противовирусных мазей на слизистую оболочку рта

устранение хронических очагов инфекции в организме ребенка

курсовое лечение поливитаминами 1–2 раза в год

гидромассаж десен

099. Поднадкостничные переломы преобладают у детей в возрасте:

14–15 лет

6–7 лет

10–11 лет

12–13 лет

100. Диспансерное наблюдение ребенка с переломом мыщелкового отростка нижней челюсти продолжается до:

выявления рентгенологических признаков костной мозоли в области перелома

формирования постоянного прикуса

истечения 1–2 лет после травмы

16–18-летнего возраста

101. Стоматологическая заболеваемость населения региона оценивается при проведении:

диспансеризации населения

плановой санации полости рта

эпидемиологического стоматологического обследования

профилактических осмотров

профилактических мероприятий

102. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ в одном районе рекомендуется осматривать группы населения одного и того же возраста в количестве человек не менее:

20

30

50

100

500

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

подготовительный

обследования

подведения итогов

анализа результатов

планирования программы профилактики

104. Процентное соотношение лиц, имеющих стоматологическое заболевание, к общему числу обследованных называется:

распространенностью стоматологического заболевания

интенсивностью стоматологического заболевания

стоматологической заболеваемостью населения

уровнем стоматологической помощи населения

качеством стоматологической помощи населению

105. Распространенность кариеса зубов выражается в:

абсолютных единицах

процентах

относительных единицах

коэффициентах

константах

106. Интенсивность кариеса зубов пациента выражается:

суммой кариозных и пломбированных зубов у индивидуума

суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов у индивидуума

отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к возрасту индивидуума

отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к общему количеству зубов у индивидуума

средним показателем суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов в группе индивидуумов

107. Для определения интенсивности кариеса зубов у пациента используется индекс:

ИГР-У

CPITN

PHP

КПУ

PMA

108. Интенсивность кариеса зубов у ребенка 3-х лет оценивается с помощью индекса:

кпу(з)

КПУ(з) и кп(з)

КПУ(з)

ИГР-У

РМА

109. Интенсивность кариеса в период смены зубов оценивается с помощью индекса:

кпу(з)

КПУ(з) и кп(з)

КПУ(з)

ИГР-У

РМА

110. КПУ(з) – это индекс:

интенсивности кариеса временных зубов

интенсивности кариеса постоянных зубов

интенсивности кариеса поверхностей

гигиены полости рта

определения состояния тканей пародонта

111. Уровни интенсивности кариеса зубов по ВОЗ определены для возрастных групп:

6 и 12 лет

15 и 18 лет

12 лет и 35–44 года

12 и 15 лет

35–44 года и 65 лет и старше

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

РМА

РНР

CPI

OHI-S

КПУ

113. CPI – это индекс:

нуждаемости в лечении заболеваний пародонта

коммунальный пародонтальный индекс ВОЗ

эффективности гигиены полости рта

интенсивности кариеса зубов

упрощенный индекс гигиены полости рта

114. Ключевой возрастной группой для оценки состояния постоянных зубов в популяции является возраст (лет):

6

12

15

35–44

65 и старше

115. Ключевой возрастной группой для оценки состояния тканей пародонта в популяции является возраст (лет):

6

12

15

35–44

65 и старше

116. Эпидемиологическое стоматологическое обследование населения проводят специалисты:

гигиенисты

врачи-стоматологи

стоматологические медицинские сестры

врачи-эпидемиологи

санитарные врачи

117. При определении индекса гигиены РНР оценивают зубной налет по:

кариесогенности

интенсивности

локализации

толщине

структуре

118. Для выявления зубного налёта используется метод:

зондирования

окрашивания

пальпации

электроодонтодиагностики

микробиологический

119. 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:

кутикула

пеликула

зубной налет

поддесневой зубной камень

наддесневой зубной камень

120. Наиболее часто наддесневой зубной камень локализуется в области:

вестибулярной поверхности верхних резцов

вестибулярной поверхности нижних резцов

небной поверхности верхних резцов

язычной поверхности нижних резцов

одинаково часто на всех поверхностях зубов

121. При определении гигиенического состояния полости рта для окрашивания зубного налёта используют раствор:

2%. метиленовой сини

1%. бриллиантового зеленого

Шиллера–Писарева

5%. йода спиртовый

0,06%. хлоргексидина

122. С помощью йодсодержащих растворов можно выявить наличие на зубах:

кутикулы

пелликулы

зубного налета

зубного камня

пищевых остатков

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

визуального осмотра

окрашивания йодсодержащим раствором

зондирования

рентгенологического исследования

микробиологического исследования

124. У ребенка 5–6 лет гигиеническое состояние полости рта оценивают с помощью индекса:

Грин–Вермиллиона

Федорова–Володкиной

РНР

кпу(п)

РМА

125. Индекс Грин–Вермиллиона используется для определения:

интенсивности кариеса

гигиены полости рта

кровоточивости десен

зубочелюстных аномалий

состояния тканей пародонта

126. При определении гигиенического состояния полости рта с помощью индекса Федорова–Володкиной окрашиваются:

вестибулярные поверхности 6 верхних фронтальных зубов

вестибулярные поверхности 6 нижних фронтальных зубов

язычные поверхности первых постоянных моляров

вестибулярные поверхности первых постоянных моляров

вестибулярные поверхности верхних и нижних резцов

127. При определении индекса РНР обследуют зубы:

43, 42, 41, 31, 32, 33

16, 11, 26, 36, 31, 46

16, 12, 24, 36, 32, 44

16, 26, 36, 46

36, 46

128. При определении индекса Грин–Вермиллиона обследуют зубы:

43, 42, 41, 31, 32, 33

16, 11, 26, 36, 31, 46

16, 12, 24, 36, 32, 44

16, 26, 36, 46

36, 46

129. С помощью индекса API определяется:

степень воспаления десны

кровоточивость десневой борозды

наличие зубного налета на контактных поверхностях зубов

наличие зубного налета и зубного камня

степень тяжести зубочелюстных аномалий

130. Метод окрашивания используют при определении индекса:

КПУ(з)

КПУ(п)

РНР

CPITN

CPI

131. Информацию о наличии зубного камня дает индекс:

Федорова–Володкиной

РНР

CPITN

КПУ

РМА

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

КПУ

РНР

РМА

Федорова–Володкиной

КПУ

133. Индекс РНР используется для определения:

интенсивности кариеса

гигиены полости рта

кровоточивости десен

зубочелюстных аномалий

состояния тканей пародонта

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

пелликулу

мягкий зубной налет

поддесневой зубной камень

наддесневой зубной камень

«налет курильщика»

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

вестибулярных

оральных

окклюзионных

апроксимальных

всех поверхностей зубов

136. Индекс Федорова–Володкиной используют для определения гигиенического состояния полости рта у:

детей дошкольного возраста

школьников

подростков

взрослых

пациентов с брекет-системами

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

2

3

4

5

10

138. Источником минералов для наддесневого зубного камня преимущественно является:

слюна

десневая жидкость

сыворотка крови

лимфа

эмаль

139. Пелликула зуба образована:

коллагеном

кератином

гликопротеидами слюны

органическими кислотами

минеральными веществами

140. К минерализованным зубным отложениям относится:

пищевые остатки

пелликула

зубной камень

мягкий зубной налет

налет курильщика

141. Зубные отложения, располагающиеся над десневым краем, обычно белого или беловато-желтого цвета, твердой или глинообразной консистенции – это:

пелликула

мягкий зубной налет

налет курильщика

поддесневой зубной камень

наддесневой зубной камень

142. Зубной налет быстрее накапливается на вестибулярных поверхностях зубов:

верхних резцов

нижних резцов

верхних моляров

нижних моляров

одинаково во всех участках полости рта

143. Зубной щеткой с поверхности зуба удаляется:

пелликула

мягкий зубной налет

налет курильщика

наддесневой зубной камень

поддесневой зубной камень

144. Родители должны начинать чистить детям зубы:

с 1 года

с 2-х лет

с 3-х лет

с 6-ти лет

сразу после прорезывания первого временного зуба

145. Для очищения зубов ребенка в возрасте до 1 года наиболее целесообразно использовать:

ватный тампон

мягкую резиновую щетку «напалечник»

детскую зубную щетку

детскую зубную щетку и гельную зубную пасту

детскую зубную щетку и детскую фторидсодержащую зубную пасту

146. Детям в возрасте до 3-х лет рекомендуется использовать для чистки зубов зубную щетку:

очень мягкую

мягкую

средней жесткости

жесткую

очень жесткую

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

Круговым Fones

Leonard

Stillman

Bass

стандартным Г.Н. Пахомова

148. Для чистки зубов следует рекомендовать зубные щетки с:

короткой рабочей частью

длинной рабочей частью

изогнутой ручкой

прямой ручкой

силовым выступом

149. Для более тщательного очищения всех поверхностей и участков зубов наиболее эффективно использовать зубную щетку с формой подстрижки волокон рабочей части:

прямой

V-образной

с силовым выступом

с активным углублением

с различной высотой и направлением кустов щетины

150. Индикаторные щетинки имеются у зубных щеток для:

улучшения эстетического вида

наиболее эффективного очищения межзубных промежутков

наиболее эффективного очищения зубов в стадии прорезывания

определения срока годности щетины

определения эффективности чистки зубов

151. Зубная щетка с V-образным углублением предназначена для:

очищения дистальной поверхности последнего зуба в зубном ряду

очищения межзубных промежутков

ухода за полостью рта пациентов с заболеваниями пародонта

ухода за полостью рта пациентов с брекет-системами

ежедневного ухода за полостью рта детей до 6-ти лет

152. Степень жесткости щетины зубной щетки обычно указывается на:

упаковке

ручке

рабочей части

в инструкции производителя

обычно не указывается

153. При очищении вестибулярных и оральных поверхностей зубов стандартным методом чистки зубов движения головки зубной щетки совершаются в направлении:

вертикальном (от десны к режущему краю или жевательной поверхности)

вертикальном (от режущего края или жевательной поверхности к десне)

горизонтальном (вправо–влево, вперед–назад, параллельно десне)

головка зубной щетки совершает круговые движения против часовой стрелки

направление не имеет значения

154. Зубная щетка подлежит замене в среднем 1 раз в:

неделю

месяц

2 месяца

6 месяцев

12 месяцев

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

Круговым Fones

Stillman

Bass

Leonard

Стандартным Г.Н. Пахомова

156. Круговой метод чистку зубов Fones рекомендуется применять:

детям дошкольного возраста

школьникам

взрослым

лицам пожилого возраста

пациентам с брекет-системами

157. Детям дошкольного возраста рекомендуется использовать зубную щетку:

очень мягкую

мягкую

средней жесткости

жесткую

очень жесткую

158. Одним из основных требований, предъявляемых к зубным щеткам, является наличие:

натуральной щетины

щетины из искусственного волокна

индикаторных щетинок

прямой ручки

силового выступа

159. При чистке зубов зубная щетка должна охватывать зубы:

1–1,5 рядом стоящих

2–2,5 рядом стоящих

одного сегмента

половины зубного ряда

размер рабочей части не имеет значения

160. Силовой (активный) выступ имеется у зубных щеток для:

улучшения эстетического вида

наиболее эффективного очищения межзубных промежутков

определения срока годности щетки

очищения дистальной поверхности последнего зуба в зубном ряду

наиболее эффективного очищения фиссур

161. Для оценки эффективности чистки зубов пациентом наиболее важно:

время, требуемое для чистки всех зубов

метод, по которому происходит движение от зуба к зубу

способность пациента удалять налет со всех поверхностей зубов

средства гигиены полости рта, которое использует пациент

уровень информированности пациента о правилах ухода за полостью рта

162. Размер рабочей части зубной щетки для взрослых не должен превышать (мм):

10

20

30

40

50

163. Время чистки зубов должно составлять не менее (минут):

1

2

3

5

10

164. Детям 2-х лет для чистки зубов рекомендуется использовать:

зубную щетку без пасты

зубной порошок

гигиенические зубные пасты на меловой основе

детские зубные пасты на гелевой основе

фторидсодержащие зубные пасты

165. Обязательным компонентом всех зубных паст являются:

соединения фтора

экстракты лекарственных растений

абразивные вещества

витамины

солевые добавки

166. В качестве абразивного компонента в состав зубных паст вводят:

монофторфосфат натрия

хлорид натрия

диоксид кремния

пирофосфаты

лаурилсульфат натрия

167. В качестве активного компонента в противокариозных зубных пастах используют:

фториды

пирофосфаты

экстракты лекарственных растений

хлоргексидин

бикарбонат натрия

168. В качестве противовоспалительного компонента в состав зубных паст вводят:

фторид натрия

карбонат кальция

экстракты лекарственных растений

карбамид

хлорид стронция

169. Фторидсодержащие зубные пасты рекомендуется использовать детям с возраста (лет):

1–1,5

3–4

5–6

10–12

16–18

170. В качестве пенообразующего компонента в состав зубных паст вводится:

дикальцийфосфат

лаурилсульфат натрия

полиэтиленгликоль

гидроколлоиды

фторид натрия

171. Гигиенические зубные пасты содержат в своем составе:

абразивные компоненты

солевые добавки

экстракты лекарственных растений

фториды

пирофосфаты

172. Противокариозное действие зубных паст преимущественно обусловлено введением в их состав:

фторидов

пирофосфатов

экстрактов лекарственных растений

хлоргексидина

карбамида

173. Глицерин входит в состав зубных паст ка компонент:

абразивный

пенообразующий

увлажняющий

ароматизирующий

противовоспалительный

174. Гигиенические зубные пасты преимущественно обладают действием:

противокариозным

отбеливающим

очищающим

противоотечным

антисептическим

175. Зубные пасты с солевыми добавками относятся к группе:

противокариозных

противовоспалительных

препятствующих образованию зубного камня

отбеливающих

снижающих чувствительность твердых тканей зубов

176. Обязательными компонентами всех зубных паст являются:

соединения фтора

экстракты лекарственных растений

пенообразующие вещества

витамины

антисептики

177. В качестве увлажняющего компонента в состав зубных паст вводят:

монофторфосфат натрия

хлорид натрия

глицерин

пирофосфаты

карбамид

178. Соединения кальция могут входить в состав зубных паст в качестве компонента:

связующего

отбеливающего

противокариозного

пенообразующего

бактерицидного

179. Пластичность и однородность консистенции зубных паст обеспечивается входящими в их состав компонентами:

абразивными

пенообразующими

связующими

ароматизирующими

противовоспалительными

180. Зубные пасты c высоким показателем абразивности предназначены для использования:

детьми дошкольного возраста

основной массой населения

пациентами с повышенной чувствительностью твердых тканей зубов

пациентами с заболеваниями пародонта

лицами, злоупотребляющими курением

181. В качестве абразивного компонента в состав зубных паст вводят:

монофторфосфат натрия

хлорид стронция

гидроксиапатит

пирофосфаты

дикальцийфосфат

182. Противокариозное действие зубных паст преимущественно обусловлено введением в их состав:

пирофосфатов

экстрактов лекарственных растений

хлоргексидина

соединений кальция

лаурилсульфата натрия

183. Пирофосфаты входят в состав зубных паст в качестве компонентов:

противокариозных

противовоспалительных

препятствующих образованию зубного камня

отбеливающих

абразивных

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

пациентами с воспалительными заболеваниями пародонта

лицами, злоупотребляющими курением

пациентами с повышенной чувствительностью твердых тканей зубов

пациентами с брекет-системами

основной массой населения

185. Для снижения чувствительности твердых тканей зубов в состав зубных паст в качестве абразивного компонента вводят:

фторид натрия, солевые добавки

экстракты лекарственных растений, хлоргексидин

хлорид стронция, нитрат калия, гидроксиапатит

бикарбонат натрия, карбамид

ферменты, витамины

186. Лаурилсульфат натрия входит в состав зубных паст как компонент:

абразивный

пенообразующий

увлажняющий

ароматизирующий

противовоспалительный

187. Монофторфосфат натрия в составе лечебно-профилактических зубных паст обуславливает их действие:

противовоспалительное

отбеливающее

противокариозное

уменьшает образование зубного камня

способствует увеличению слюноотделения

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

фторид натрия

карбонад кальция

экстракты лекарственных растений

карбамид

хлорид стронция

189. Противопоказанием к использованию фторидсодержащих зубных паст является:

неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта

наличие у пациента большого количества пломб

высокое содержание фторида в питьевой воде

кровоточивость десен

системная гипоплазия эмали

190. В качестве фторидсодержащих компонентов в состав лечебно-профилактических зубных паст вводят:

фторид натрия, монофторфосфат, фторид олова, фторид кальция

фторид натрия, аминофторид, фторид кальция, фторид железа

фторид натрия, монофторфосфат, фторид олова, аминофторид

фторид натрия, фторид олова, фторид кальция

фторид олова, аминофторид, фторид кальция

191. Суперфлоссы – это зубные нити:

невощенные

вощенные

ароматизированные

пропитанные раствором фторида

с утолщением

192. Использование флоссов рекомендуется с возраста (лет):

4–5

6–8

9–12

15–16

возрастных ограничений нет

193. Большинство ополаскивателей для полости рта рекомендуется применять:

до чистки зубов

после чистки зубов

вместо чистки зубов

перед сном

не имеет значения

194. Профессиональная гигиена полости рта включает в себя:

полоскание полости рта фторидсодержащими растворами

профессиональное удаление зубных отложений

герметизацию фиссур

пломбирование кариозных полостей

кюретаж пародонтальных карманов

195. Профессиональную гигиену необходимо проводить не менее чем:

1 раз в неделю

1 раз в месяц

1 раз в 6 месяцев

1 раз в год

1 раз в 2 года

196. Первым этапом контролируемой чистки зубов является:

обучение пациента чистки зубов на моделях

самостоятельная чистка зубов пациентом

определение гигиенического состояния полости рта пациента

индивидуальный подбор пациенту средств гигиены полости рта

удаление над - и поддесневых минерализованных отложений

197. Для удаления зубного камня с помощью ультразвука используют аппарат:

«Pluraflex»

«Пьезон-Мастер»

«Диагнодент»

апекслокатор

вискозиметр

198. В ультразвуковых аппаратах для удаления минерализованных зубных отложений частота колебаний составляет (кГц):

6

10

15

45

100

199. В возникновении кариеса зубов ведущая роль принадлежит микроорганизмам:

актиномицетам

вирусам

стрептококкам

стафилококкам

вейлонеллам

200. При увеличении количества мягкого зубного налета в полости рта реакция слюны смещается в сторону:

кислую

щелочную

нейтральную

не изменяется

вариабельно

201. ВИЧ-инфекция передаётся следующим путём:

трансплантационным

контактным

бытовым

алиментарным

воздушно-капельным

202. ВИЧ-инфицированный человек является источником инфекции:

пожизненно

только в периодах выраженных клинических проявлений

только в терминальной стадии

только в стадии бессимптомной инфекции (II Б)

только в стадии острой инфекции (II А)

203. Пальпация относится:

к клиническому методу обследования больного

к дополнительному методу обследования больного

к лабораторному методу обследования больного

к функциональному обследованию

к рентгенологическому методу обследования больного

204. СПИД-это:

стадия ВИЧ-инфекции

оппортунистическая инфекция

синоним ВИЧ-инфекции

самостоятельное заболевание

осложнение ВИЧ-инфекции

205. Одышка в положении лёжа усиливается при:

сердечной недостаточности

анемии

почечной недостаточности

дыхательной недостаточности

надпочечниковой недостаточности

206. Кожные покровы становятся диффузно цианотичными и холодными при недостаточности:

дыхательной

почечной

сердечной

печёночной

надпочечниковой

207. Пальцы рук и кончик носа становятся цианотичными и холодными при недостаточности:

сердечной

почечной

печёночной

дыхательной

надпочечниковой

208. Множественные синяки на коже характерны для:

тромбоцитопении

тромбоцитоза

лейкоцитоза

лейкопении

анемии

209. Запах аммиака изо рта характерен при недостаточности:

почечной

сердечной

печёночной

дыхательной

надпочечниковой

210. Костная ткань в челюстно-зубной лунке после операции удаления зуба формируется:

путём метаплазии соединительной ткани и деятельности остеобластов периоста

только благодаря деятельности остеобластов периоста

благодаря деятельности остеокластов периоста

путём метаплазии эндотелия сосудов костной ткани челюсти

только благодаря деятельности остеокластов периоста

211. При ментальной анестезии в зону обезболивания вовлекаются следующие зубы:

клык и резцы

все зубы нижней челюсти

только третий моляр нижней челюсти

моляры нижней челюсти

только клык

212. Укажите зубы, вовлечённые в зону обезболивания при проведении ментальной анестезии на нижней челюсти слева:

34,35

44,45

36,35

46,45

213. В зону иннервации ментального нерва входят:

подбородок, губа, резцы, клыки и премоляры нижней челюсти

моляры

альвеолярный отросток в области моляров

костная ткань ветви нижней челюсти

верхняя губа

214. Подбородочный нерв блокируется при анестезии:

мандибулярной и ментальной

резцовой и инфраорбитальной

резцовой и туберальной

туберальной и палатинальной

инфраорбитальной и палатинальной

215. Нижний луночковый нерв блокируется при анестезии:

мандибулярной

ментальной

инфраорбитальной

туберальной

палатинальной

216. Противопоказанием к проведению интралигаментарной анестезии является:

лечение кариеса при заболеваниях пародонта

одонтопрепарирование под металлокерамическую коронку

лечение пульпита девитальной экстирпацией пульпы

удаление зуба с хроническим периодонтитом

удаление дистопированного зуба

217. Введение анестетика в область переходной складки называется анестезией:

инфильтрационной

щечной

интралигаментарной

оральной

неинъекционной

218. При проведении инфильтрационной анестезии инъекционную иглу вводят в ткани:

на 1/.3 длины иглы

на 1/.4длины иглы

на всю длину до основания

до контакта с костью

вглубь костной ткани

219. Инфильтрационная анестезия будет наиболее эффективной при применении:

артикаина

бензокаина

прокаина

лидокаина

тримекаина

220. Вид инфильтрационной анестезии, используемый в полости рта:

интралигаментарная

подкожная

интубационная

эпидуральная

внутривенная

221. При удалении премоляров верхней челюсти применяют местную анестезию:

инфильтрационную

торусальную

резцовую

мандибулярную

ментальную

222. При удалении резцов нижней челюсти применяется анестезия:

инфильтрационная с оральной и вестибулярной стороны

палатинальная

инфраорбитальная

резцовая и инфильтрационная с вестибулярной стороны

туберальная

223. Для предупреждения общих осложнений при проведении проводниковой анестезии обязательным условием является:

проведение аспирационной пробы

проведение аллергической пробы

проведение аппликационной анестезии

орошения полости рта

быстрое введение анестетика

224. Возможное осложнение во время операции удаления зубов верхней челюсти:

перфорация дна верхнечелюстной пазухи

паротит

невралгия тройничного нерва

артрит височно-нижнечелюстного сустава

анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

225. Возможное осложнение во время операции удаления третьего моляра нижней челюсти:

перелом нижней челюсти

синусит

периостит

альвеолит

остеомиелит

226. Осложнения, возникающие во время операции удаления зуба:

перелом коронки или корня удаляемого зуба

верхнечелюстной синусит

периостит

альвеолит

остеомиелит

227. Осложнения возникающие непосредственно после операции удаления зуба:

кровотечение

паротит

невралгия тройничного нерва

артрит височно-нижнечелюстного сустава

анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

228. К осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят:

альвеолит

анурез

миозит

коллапс

229. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят:

остеомиелит

анурез

миозит

коллапс

230. Щипцы для удаления резцов верхней челюсти называются:

прямые с несходящимися щёчками

изогнутые по плоскости

прямые корневые

клювовидные корневые

S-образные с несходящимися щечками

231. Щипцы для удаления корней резцов верхней челюсти называются:

прямые корневые

изогнутые по ребру

клювовидные корневые

изогнутые по плоскости

S-образные с несходящимися щечками

232. Щипцы для удаления корней резцов верхней челюсти называются:

клювовидными

штыковидные

S-образные сходящиеся

S-образные - шип справа

S-образные несходящиеся

233. Щипцы для удаления клыков верхней челюсти называются:

прямые коронковые

прямые корневые

S-образные с шипом

клювовидные корневые

изогнутые по плоскости

234. Щипцы для удаления премоляров верхней челюсти называются:

S-образные без шипа

прямые корневые

клювовидные корневые

изогнутые по плоскости

S-образные со сходящимися щёчками

235. Щипцы для удаления корней премоляров верхней челюсти называются:

S-образные сходящиеся

прямые корневые

S-образные с шипом

клювовидные корневые

изогнутые по плоскости

236. Щипцы для удаления первого и второго правых моляров верхней челюсти называются:

S-образными

с шипом слева

сходящимися

несходящимися

с шипом справа

237. Щипцы для удаления третьих моляров верхней челюсти называются:

штыковидные с несходящимися закругленными щечками

прямые

S-образные, с шипом

S-образные сходящиеся

штыковидные со сходящимися щечками

238. Прямыми щипцами удаляют:

резцы верхней челюсти

моляры

премоляры

зубы мудрости

резцы нижней челюсти

239. S-образными щипцами без шипов удаляют:

премоляры верхней челюсти

корни зубов

моляры нижней челюсти

моляры верхней челюсти

третьи моляры нижней челюсти

240. S-образными щипцами с шипами удаляют:

моляры верхней челюсти

резцы

третьи моляры

премоляры верхней челюсти

третьи моляры нижней челюсти

241. Инструмент для удаления корней резцов нижней челюсти называется:

клювовидные щипцы сходящиеся

прямой элеватор

клювовидные с шипом

S-образные сходящиеся

S-образные несходящиеся

242. Щипцы для удаления корней резцов нижней челюсти называются:

клювовидные сходящиеся

клювовидные несходящиеся

S-образные щипцы с шипом

горизонтальные коронковые

штыковидные щипцы со сходящимися щечками

243. Щипцы для удаления клыков нижней челюсти называются:

клювовидные несходящиеся

клювовидные сходящиеся

S-образные щипцы с шипом

горизонтальные коронковые

штыковидные щипцы со сходящимися щечками

244. Щипцы для удаления премоляров нижней челюсти называются:

клювовидные несходящиеся

клювовидные сходящиеся

S-образные щипцы с шипом

горизонтальные коронковые

штыковидные щипцы со сходящимися щечками

245. Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют зубы нижней челюсти:

премоляры нижней челюсти

резцы верхней челюсти

моляры верхней челюсти

корни зубов нижней челюсти

премоляры верхней челюсти

246. Щипцы для удаления третьего моляра нижней челюсти называются:

горизонтальные коронковые

клювовидные сходящиеся

S-образные щипцы с шипом

клювовидные несходящиеся с шипом

штыковидные щипцы со сходящимися щечками

247. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют:

клыки

резцы

премоляры

моляры

корни зубов

248. Стимулирует слюноотделение:

атропин

пилокарпин

йодолипол

хлоргексидин

249. Подавляет слюноотделение:

пилокарпин

хлоргексидин

атропин

йодистый калий

хлористый калий

250. Уменьшает слюноотделение:

атропин

йодолипол

хлоргексидин

пилокарпин

йодистый калий

251. Неэпидемический паротит является осложнением:

гипертонии

стенокардии

полиартрита

гриппа

холецистита

252. Возбудителем эпидемического паротита является:

фильтрующийся вирус

диплококк

стрептококк

стафилококк

фузобактерия

253. Способ передачи инфекции при эпидемическом паротите:

воздушно-капельный

половой

контактный

алиментарный

254. Чаще всего эпидемическим паротитом болеют:

дети

взрослые

подростки

255. Основным клиническим признаком калькулёзного сиалоаденита является:

слюнная колика

боль в железе

гипосаливация

гиперсаливация

воспаление устья протока

256. Основным клиническим признаком калькулёзного сиалоаденита является:

припухание железы во время приёма пищи

боль в железе

гипосаливация

гиперсаливация

воспаление устья протока

257. Для диагностики конкремента в поднижнечелюстной слюнной железе выполняют:

рентгенограмму поднижнечелюстной слюнной железы

ортопантомограмму

рентгенограмму тела нижней челюсти

рентгенограмму подъязычной области

томографию поднижнечелюстной слюнной железы

258. Ранулой называется:

киста подъязычной слюнной железы

киста околоушной слюнной железы

опухоль подъязычной слюнной железы

киста поднижнечелюстной слюнной железы

опухоль поднижнечелюстной слюнной железы

259. Основным функциональным нарушением при флегмоне дна полости рта является:

затруднение глотания

птоз

гипосаливация

парез язычного нерва

парез лицевого нерва

260. При неблагоприятном течении флегмоны поднижнечелюстной области инфекция распространяется:

в средостение

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

261. При неблагоприятном течении флегмоны подбородочной области инфекция распространяется:

в область корня языка

в околоушную слюнную железу

в субдуральное пространство

в венозные синусы головного мозга

в крыло-небное венозное сплетение

262. При неблагоприятном течении флегмоны подбородочной области инфекция распространяется:

в средостение

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

263. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется:

к корню языка

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

264. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется:

в окологлоточное пространство

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

265. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется:

в ткани дна полости рта

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

266. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется:

в крыловидно-челюстное пространство

в околоушную слюнную железу

в субдуральное пространство

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

267. Разрез при флегмоне дна полости рта достаточен, если он сделан:

на всю ширину инфильтрата

в области флюктуации

в проекции корня языка

по границе гиперемии кожи

в месте наибольшей болезненности

268. Возбудителями при абсцессе челюстно-язычного желобка чаще всего являются:

стафилококки, стрептококки

анаэробы

лучистые грибы

бледные спирохеты

туберкулезные микобактерии

269. В комплекс лечения флегмоны поднижнечелюстной области входит:

противовоспалительная терапия

криотерапия

химиотерапия

рентгенотерапия

электрокоагуляция

270. В острой стадии остеомиелита челюсти возникает подвижность:

альвеолярного отростка

причинного и соседних зубов

зубов-антагонистов

одного зуба

271. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны:

одной из стенок гнойного очага является челюстная кость

осложнениями

наличием воспалительной реакции лимфоузлов

выраженностью клинических проявлений

272. В день обращения при абсцессе челюстно-язычного желобка необходимо:

вскрыть гнойный очаг

начать иглорефлексотерапию

сделать новокаиновую блокаду

назначить физиотерапевтическое лечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

273. В день обращения при флегмоне крыловидно-челюстного пространства необходимо:

вскрыть гнойный очаг

начать иглорефлексотерапию

сделать блокаду анестетиком

назначить физиотерапевтическое лечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

274. В день обращения при флегмоне подбородочной области необходимо:

вскрыть гнойный очаг

начать иглорефлексотерапию

сделать новокаиновую блокаду

назначить физиотерапевтическое лечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

275. В день обращения при флегмоне поднижнечелюстной области необходимо:

вскрыть гнойный очаг

начать иглорефлексотерапию

сделать блокаду анестетиком

назначить физиотерапевтическое лечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

276. В день обращения при флегмоне дна полости рта необходимо:

вскрыть гнойный очаг

начать иглорефлексотерапию

сделать новокаиновую блокаду

назначить физиолечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

277. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей:

несоответствием внешнего вида раненого с его жизнеспособностью

течением раненого процесса

быстрым развитием осложнений

сроками эпителизации раны

278. Огнестрельные переломы костей лица:

всегда открытые

всегда закрытые

открытые и закрытые

чаще открытые

279. По характеру ранения огнестрельные переломы нижней челюсти чаще:

сквозные

касательные

слепые

слепые и касательные

280. Вторичными ранящими снарядами называются:

зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

разрывные пули

осколки снаряда

стреловидные элементы

зона некротических изменений костной ткани

281. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключаются:

в экономном иссечении тканей в области раны, использовании первичной пластики, обшивании раны (подшивание слизистой оболочки к коже)

в антисептической обработке, наложении швов и повязки

в остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки

в иссечении некротических измененных тканей, удалении кровяных сгустков, дренировании раны

в антисептической обработке, иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя

282. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:

устранить угрозу асфиксии

напоить раненого

наложить повязку

перенести в укрытие

оформить медицинскую карточку

283. Синоним перелома верхней челюсти по ФОР I:

суббазальный

суборбитальный

отрыв альвеолярного отростка

284. Синоним перелома верхней челюсти по ФОР II:

суборбитальный

суббазальный

отрыв альвеолярного отростка

285. Синоним перелома верхней челюсти по ФОР- III:

отрыв альвеолярного отростка

суббазальный

суборбитальный

286. Обязательным симптомом перелома основания черепа является:

ликворея

кровотечение из носа

патологическая подвижность нижней челюсти

патологическая подвижность верхней челюсти

кровотечение из наружного слухового прохода

287. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани:

с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

с нечеткими границами в области образования

в виде нескольких полостей с четкими контурами

в виде «тающего сахара»

в виде участков уплотнения и разряжения

288. Показания при цистэктомии радикулярных кист челюстей является:

небольшие размеры (до 3 зубов в полости)

прорастание кисты в полость носа

прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху

большие размеры (более 3 зубов в полости)

деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

289. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является:

одиночная киста с одним корнем в полости

прорастание кисты в полость носа

деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху

большие размеры (более 3 зубов в полости)

290. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является:

цистэктомия

криодеструкция

склерозирования

частичная резекция челюсти

половинная резекция челюсти

291. Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти после цистотомии является:

не полностью удаленная оболочка кисты

гематома

длительность существования кисты

послеоперационное воспаление раны

раннее закрытие трепанационного отверстия

292. Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани:

с четкими контурами и тенью зуба в полости

в виде «тающего сахара»

с нечеткими границами в области образования

в виде нескольких полостей с четкими контурами

с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

293. Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются:

врожденными

одонтогенными

травматическими

онкологическими

воспалительными

294. Боковая киста шеи располагается:

над бифуркацией общей сонной артерии

над щитовидной артерией

над лицевой артерией и веной

над подключичной артерией и веной

над лицевой веной и верхней щитовидной артерией

295. Основным методом лечения врожденных кист и свищей шеи является:

оперативное вмешательство

криотерапия

химиотерапия

лучевая терапия

динамическое наблюдение

296. Липома состоит из жировой ткани:

зрелой

незрелой

незрелой и зрелой

297. Основным клиническим признаком артериальной гемангиомы является:

пульсация

наличие флеболитов

боль при пальпации

болезненный инфильтрат

эрозии без тенденции к кровоточивости

298. Основным методом лечения артериальной гемангиомы является:

прошивание

электрокоагуляция

лучевое воздействие

эмболизация с последующим иссечением

склерозирующая терапия

299. Основным методом лечения кавернозной гемангиомы является:

прошивание

электрорезекция

лучевое воздействие

криодеструкция, лазерокоагуляция

склерозирующая терапия

300. Носогубные складки у больных при полной утрате зубов:

резко выражены

сглажены

асимметричны

не изменены

отсутствуют

301. Высота окклюзионного валика:

2 см

выше оставшихся зубов

ниже оставшихся зубов

на уровне оставшихся зубов

на уровне альвеолярного гребня

302. Окклюзионная кривая - линия, проведенная по:

режущим краям фронтальных зубов

режущим краям фронтальных зубов и щечным буграм премоляров и моляров

проекции верхушек корней зубов

жевательной поверхности премоляров и моляров по вершинам бугров моляров

303. Центральная окклюзия характеризуется:

множественным фиссурно-бугорковым контактом

смещением влево резцовой линии

контактом жевательных групп зубов справа

напряжением мышц, опускающих нижнюю челюсть'

смещением суставных головок вперед

304. Центральная окклюзия характеризуется положением суставной головки:

у основания ската суставного бугорка

в суставной ямке центрально

у вершины суставного бугорка

за вершиной суставного бугорка

на скате суставного бугорка

305. Воск, используемый для определения центральной окклюзии, называется:

моделировочным

базисным

профильным (восколит)

бюгельным

липким

306. Сепарация - этап подготовки зубов под искусственные коронки, включающий в себя препарирование твердых тканей зуба с:

окклюзионной поверхности

вестибулярной поверхности

контактных поверхностей

оральной поверхности

созданием уступа

307. Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена:

виниром

фасеткой

вкладкой

коронкой

имплантатом

308. Штампованная коронка должна охватывать культю зуба:

плотно

с зазором 0,2 мм

с зазором для фиксирующего материала

в различных участках по-разному

глубоко погружаясь под десну

309. По функции различают искусственные коронки:

литые

фасеточные

временные

пластмассовые

цельнолитые

310. Штифтовый зуб - ортопедическая конструкция, восстанавливающая дефект:

вестибулярной стенки зуба

зубного ряда - включенный

зубного ряда - концевой

коронковой части зуба

отсутствующего зуба

311. Базальная дуга (апикальный базис) - кривая, проходящая по:

режущему краю фронтальных зубов

экватору всех групп зубов

проекции верхушек корней зубов

жевательной поверхности зубов

по гребню альвеолярных отростков

312. Для изготовления культевой штифтовой вкладки значения ИРОПЗ составляют:

0,1-0,2

0,2-0,3

0,3-0,5

0,6-0,8

более 0,8

313. Показанием к изготовлению штифтового зуба являются:

отлом коронки зуба по режущему краю

разрушение корня зуба

кариозная полость I класса по Блэку

разрушение коронковой части зуба

отсутствие зуба

314. Основными показаниями к изготовлению искусственных коронок являются зубы с:

разрушенной коронкой зуба более 60%

значительными изменениями в периодонте

подвижностью III степени

некачественно запломбированными каналами

продольным переломом корня

315. По методу изготовления различают коронки:

фиксирующие

цельнолитые

восстановительные

фасеточные

шинирующие

316. Угол Беннета равен:

17°.

45°.

60°.

110°.

150°.

317. Показанием к изготовлению мостовидного протеза является:

дефект коронковой части зуба

генерализованный гингивит

пародонтит тяжелой степени

включенный дефект зубного ряда

полное отсутствие зубов

318. На модель наносятся ориентиры:

границы базиса

окклюзионной линии

угла Бенета

зрачковой линии

ушной линии

319. Опорными частями мостовидного протеза являются:

коронки, полукоронки, искусственные зубы

вкладки, искусственные зубы

коронки, вкладки, штифтовые зубы

штифтовые зубы, искусственные зубы

искусственные зубы, коронки

320. Недостатком металлокерамических коронок является:

высокая эстетичность

восстановление окклюзионной поверхности

прочность

большой объем снимаемых тканей

технология изготовления

321. Длина штифта штифтового зуба должна быть равна:

1/.3 длины корня

3/.4 длины корня

полной длине корня

1/.2 длины корня

1/.5 длины корня

322. Искусственная коронка должна:

восстанавливать анатомическую форму зуба

опираться на десну

завышать прикус

занижать прикус

создать ретенционные пункты для пищи

323. К недостаткам цельнолитых коронок относится:

низкая эстетичность

меньшая травматичность

высокая прочность

точное воспроизведение рельефа анатомической формы

плотное прилегание в пришеечной области

324. При боковых смещениях нижней челюсти суставная головка на рабочей стороне движется:

вокруг вертикальной оси

вниз и вперед

вниз, вперед и внутрь

вниз

назад

325. При изготовлении штампованной коронки твердые ткани зуба сошлифовываются на (мм):

0,10-0,15

0,20-0,22

0,30-0,50

0,5-1,0

1,0-2,0

326. При изготовлении металлопластмассовой коронки твердые ткани препарируют на (мм):

0,20-0,22

0,35-0,38

1,3-1,5

1,5-2,0

2,0-2,5

327. Трансверзальная кривая - это линия, проведенная по:

контактным поверхностям зубов

режущим краям фронтальных зубов и щечным буфам премоляров и моляров

проекции верхушек корней зубов

козелку уха до угла крыла носа

жевательным буграм правых и левых зубов

328. Мышца, участвующая в трансверзальных движениях нижней челюсти:

подбородочно-подъязычная

латеральная крыловидная

височная

собственно жевательная

челюстно-подъязычная

329. На гипсовой модели анатомическую форму зуба восстанавливают воском:

базисным

моделировочным

профильным

липким

бюгельным

330. Двуслойный оттиск получают при помощи слепочных масс:

альгинатных

твердокристаллических.

силиконовых

термопластических

воска

331. При препарировании зуба под металлокерамическую коронку стенки должны:

быть параллельными

конвергировать под углом 5-7 градусов

конвергировать под углом 15-20 градусов

конвергировать под углом 30 и более градусов

дивергировать

332. Показанием дли протезирования вкладкой являются следующие показатели ИРОПЗ:

0,25-0,3

0,45-0,6

0,6-0,7

0,7-0,8

более 0,8

333. Максимальная толщина снимаемых твердых тканей при одонтопрепарировании под металлокерамическую конструкцию (мм):

0,25-0,28

0,29-0,50

0,60-1,00

1,50-2,00

2,00-2,50

334. Мышцы, выдвигающие нижнюю челюсть вперед:

жевательные

наружные крыловидные

подбородочно-язычная

внутренние крыловидные

челюстно-подъязычные

335. Выбор цвета облицовочных материалов ортопедических конструкций производится при участии:

врача и пациента

врача и зубного техника

пациента и зубного техника

врача, пациента и зубного техника

зубного техника

336. Эталонным фоном в стоматологии принято считать цвет:

белый

серый

голубой

зеленый

розовый

337. Гипсовая модель по слепку из альгинатного материала должна быть отлита не позднее:

2 минут

15 минут

60 минут

24 часов

48 часов

338. Оттиск является отображением тканей протезного ложа:

позитивным

негативным

активным

пассивным

агрессивным

339. Альгинатную слепочную массу замешивают на:

холодной воде

3%. растворе поваренной соли

прилагаемом к материалу катализаторе

горячей воде

физиологическом растворе

340. Препарирование зуба под коронку производят:

твердосплавными борами

металлическими фрезами

алмазными борами

карборундовыми фрезами

силиконовыми дисками

341. При изготовлении одиночной штампованной коронки слепки снимают:

с челюсти, на которой будет изготовлена коронка

с обеих челюстей

с фрагмента челюсти с препарированным зубом

с отпрепарированного зуба

с отпрепарированного зуба и его антагониста

342. При препарировании зуба под коронку выделяют следующее количество обрабатываемых поверхностей:

1

2

3

4

5

343. Клиническая шейка зуба соответствует:

переходу эмали в цемент корня

границе над- и поддесневой части зуба

экватору зуба

режущему краю зуба

эмалево-дентинному соединению

344. Анатомическая шейка зуба соответствует:

переходу эмали в цемент корня

границе над- и поддесневой части зуба

экватору зуба

режущему краю зуба

эмалево-дентинному соединению

345. Центральная окклюзия определяется признаками:

лицевым, глотательным, зубным

зубным, суставным, мышечным

язычным, мышечным, суставным

зубным, глотательным, лицевым

лицевым, суставным, мышечным

346. Наддесневыми шинами являются:

шина Тигерштедта

шина Васильева

шина Вебера

шина Порта

347. Глубина повреждения твердых тканей зубов при I степени повышенной стираемости составляет:

до 1/.3 длины коронки

от 2/.3 длины коронки до шейки и более

от 1/.3 до 2/.3 длины коронки

348. Форма повышенной стираемости твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижней трети лица, называется:

смешанной

вертикальной

компенсированной

декомпенсированной

горизонтальной

349. При внешнем осмотре больных с декомпенсированной формой повышенной стираемости зубов выявляется:

углубление носогубных складок, старческое выражение лица

асимметрия лица

«птичье» лицо

350. При горизонтальной повышенной стираемости твердых тканей зубов форма фасеток стирания:

клинообразная

кратерообразная

ступенчатая

351. Экзогенные этиологические факторы повышенной стираемости, приводящие к функциональной недостаточности твердых тканей зубов:

патология прикуса

химическое воздействие кислот и щелочей

частичная адентия

бруксизм

352. Этиологические факторы повышенной стираемости, связанные с функциональной перегрузкой зубов:

алиментарная недостаточность

бруксизм

воздействие средств гигиены

353. Отношение между экстра- и интраальвеолярной частями зуба остается неизменным при феномене Попова:

при I форме

при II форме, 2-я группа

при II форме, 1-я группа

при III форме

354. Обнажение цемента смещенных зубов более чем у ½ корня относится (по В.А. Пономаревой):

к I форме

при II форме, 1-я группа

при II форме, 2-я группа

355. Симптомом деформации зубного ряда после потери антагонистов является:

блокада движений нижней челюсти в сагиттальном направлении

отсутствие пар антагонистов

отсутствие даже одного зуба.

356. Метод сошлифовывание применяют для лечения феномена Попова-Годона:

при I форме

при II форме

при I и II формах

357. Функциональные методы исследования в ортопедической стоматологии:

осмотр

пальпация

реография

перкуссия

жевательные пробы

358. Лабораторные методы исследования в ортопедической стоматологии:

перкуссия

термометрия

рентгенография

электроодонтодиагностика

определение подвижности зубов по Энтину

получение диагностических моделей

359. Нарушение окклюзионной кривой, вызванное смещением зуба или ряда зубов вверх или вниз по отношению к рядом стоящим зубам, возникает:

при потере антагонистов

при локализованной форме патологической стертости

при истирании окклюзионной поверхности пластмассовых зубных протезов

360. Первый класс дефекта зубного ряда по Кеннеди:

односторонний дистально ограниченный зубами дефект

включенный дефект переднего отдела

односторонний дистально неограниченный зубами дефект

двусторонний дистально неограниченный зубами дефект

361. Второй класс дефекта зубного ряда по Кеннеди:

односторонний дистально ограниченный зубами дефект

включенный дефект переднего отдела

односторонний дистально неограниченный зубами дефект

двусторонний дистально неограниченный зубами дефект

362. Лабораторные методы исследования в ортопедической стоматологии:

перкуссия

термометрия

рентгенография

электроодонтодиагностика

определение подвижности зубов по Энтину

получение диагностических моделей

363. Дефекты зубных рядов могут возникать вследствие:

осложнений кариозного процесса

заболевания пародонта

травмы

функциональной перегрузки пародонта

вредных привычек

заболеваний височно-нижнечелюстного сустава

наличия ретинированых зубов

364. Первый класс дефекта зубного ряда по Кеннеди:

односторонний дистально ограниченный зубами дефект

включенный дефект переднего отдела

односторонний дистально неограниченный зубами дефект

двусторонний дистально неограниченный зубами дефект

365. Второй класс дефекта зубного ряда по Кеннеди:

односторонний дистально ограниченный зубами дефект

включенный дефект переднего отдела

односторонний дистально неограниченный зубами дефект

двусторонний дистально неограниченный зубами дефект

366. В конструкцию функциональных аппаратов обязательно входит:

винт

резиновая тяга

наклонная плоскость, накусочная площадка

367. При микростоме применяют:

бюгельные протезы

пластиночные протезы с опорно-удерживающими кламмерами

шинирующие конструкции

складные протезы

шины с шарниром Шредера.

368. Рентгенологическая картина при артрозах ВНЧС:

сужение суставной щели

отсутствие суставной щели

расширение суставной щели

уплотнение кортикального слоя суставной головки

изменение формы костных элементов сустава

369. Жевательная нагрузка концентрируется в области:

моляров

резцов и клыков

премоляров

моляров и премоляров.

370. Избирательное пришлифовывание зубов при патологии ВНЧС проводится с целью:

снижения окклюзионной высоты

уменьшения нагрузки на пародонт

нормализации функциональной окклюзии

371.УВЧ показано:

при хроническом периодонтите

при остром периодонтите, при хроническом периодонтите в стадии обострения

при любой форме хронического периодонтита с непроходными корневыми каналами

при медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите

в зубах, не выдерживающих герметического закрытия

372.Электрофорез йода более всего показан:

при остром периодонтите

при всех нижеперечисленных формах периодонтита

при любой форме хронического периодонтита с непроходными корневыми каналами

при медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите

в зубах, не выдерживающих герметического закрытия

373. Сроки пользования ортодонтическими аппаратами при заболеваниях ВНЧС:

1 неделя

2 недели

1 месяц

3-6 месяцев

374. При потере правых жевательных зубов левая суставная головка (рабочая сторона) смещается:

вперед, вниз и внутрь

назад, вверх и наружу

375. Электрофорез – это:

применение с лечебной целью электрического тока

применение с лечебной целью электрического тока высокой частоты

введение в ткани лекарственных веществ посредством постоянного тока

введение в ткани лекарственных веществ посредством переменного тока

введение в ткани лекарственных веществ с помощью ультразвукового аппарата

376. При артрозе ВНЧС симптоматика будет выражена сильнее:

на здоровой стороне ВНЧС

на больной стороне ВНЧС

на обеих сторонах ВНЧС.

377. Гальванизация – это:

применение с лечебной целью электрического тока

применение с лечебной целью переменного электрического тока низкой частоты

применение с лечебной целью постоянного тока низкого напряжения, не изменяющего своей величины (силы)

введение в ткани лекарственных веществ посредством постоянного тока

применение переменного тока высокой частоты

378. По иммунологической классификации аллопластическими материалами не являются:

коллаген

материалы растительного происхождения

пластмассы

материалы на основе минеральных веществ

металлы

379.Наиболее часто провоцирует кандидамикоз:

употребление в пищу большого количества свежих фруктов

утомление

алкоголизация

охлаждение

контакт с больным

380. Правильная последовательность клинических этапов изготовления цельнолитого мостовидного протеза: 1. препарирование зубов под цельнолитые коронки (или конструкции); 2. получение оттисков; 3. припасовка металлопластмассового мостовидного протеза в полости рта и фиксация цементом; 4. определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей:

1 – 2 – 3 – 4

1 – 4 – 3 – 2

381. Правильная последовательность лабораторных этапов изготовления металлокерамической коронки: 1. загипсовка гипсовых моделей в окклюдатор или артикулятор; 2. нанесение керамической облицовки и глазурование; 3. изготовление разборной модели и восковых базисов с окклюзионными валиками; 4. глазурование; 5. изготовление литого каркаса металлокерамической коронки; 6. нанесение керамической облицовки:

1+3+4+5+6

1+2+4+6+5

382. Основными задачами поликлиники являются:

медицинская помощь больным на дому

лечебно-диагностическое обслуживание населения

организация работы по пропаганде здорового образа жизни

профилактическая работа

экспертиза временной нетрудоспособности

383. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят:

перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС

стоимость различных видов медицинской помощи

организация добровольного медицинского страхования

виды платных медицинских услуг

дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста

384. Медицинская деонтология – это:

самостоятельная наука о долге медицинских работников

прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики

385. Основную ответственность за клинический диагноз несет:

зубной техник

помощник стоматолога (сестра)

помощник стоматолога, получивший сертификат

врач-стоматолог

главный врач стоматологической поликлиники

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

зубной техник

помощник стоматолога (сестра) с сертификатом

помощник стоматолога (сестра) без сертификата

зубной гигиенист

стоматолог

387. В целях асептики важно:

создать температурные условия (100°.С)

знать характеристику химического агента

знать характеристику микроорганизма

знать факторы, влияющие на взаимодействие химического агента и микроорганизма

388. Самой надежной стерилизацией инструментов, несмотря на всякие новшества, является:

автоклав

кипячение

сухой пар

дезинфекция детергентами

389. Основным недостатком автоклавирования инструментов является:

не уничтожает споры

недостаточные очистки инструментов

повреждение инструментов, особенно режущих

затрата времени

390. Можно ли при остром периодонтите фронтальный зуб запломбировать в первое посещение больного:

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

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

да, при условии хорошего освобождения канала и выведения антибиотиков в периапекальные ткани

да, запломбировать и сделать разрез

да, запломбировать и ввести 0.5 мл гидрокортизона

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

электрофореза

прохождения каналов машинными дрильборами

реплантации

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

удаления зуба и изменения конструкции протеза

392. Пародонтальную кисту относят:

к пародонтитам

к пародонтомам

к идиопатическим заболеваниям пародонта

к гингивитам

к пародонтозу

393. Назовите наиболее действенные способы лечения фиброзной формы гипертрофического гингивита:

аппликация противовоспалительных препаратов и ферментов

введение антибиотиков

проведение склерозирующей терапии

электрокоагуляция, криохирургия, некротизация десневых сосочков

введение биологически активных веществ

394. Нормальная частота пульса взрослого человека в пределах:

40-80 ударов в минуту

60-100 ударов в минуту

80-120 ударов в минуту

90-130 ударов в минуту

100-140 ударов в минуту

395. Свой большой палец лучше не использовать для подсчета пульса у пациента. Основной причиной этого является:

очень широкая поверхность пальца

высокая степень ороговения кожи

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

в ткани пальца нет пульсирующей артерии

физическое неудобство подсчета пульса с помощью пальца

396. При обследовании пациента обязательно пальпируется бимануально следующая область:

преддверие полости рта

слизистая оболочка щеки

контуры губ

уздечка языка

дно полости рта

397. Противопоказаниями к проведению местного обезболивания являются:

дентофобия

детский возраст с выраженной эмоциональностью

детский возраст

398. Пульсовое давление при выраженном сосудистом коллапсе:

увеличивается, уменьшается

остается неизменным

уменьшается, а затем увеличивается

вариабельно

увеличено

399. При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются клинические признаки:

озноб и лихорадка, бледность, сонливость

судороги, гипертензия, тахикардия

гипотония, судороги, дыхательная недостаточность

гипотония, покраснение кожных покровов

гипертензия, головная боль, тошнота и рвота

400. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется:

сонливостью

судорогами

тошнотой и рвотой

401. Из местных анестетиков обладает наибольшей длительностью действия:

тримекаин

новокаин

лидокаин

маркаин

азакаин

402. Для лидокаина преимущественное значение имеет:

инфильтрационная, проводниковая инъекция

спонгиозная инъекция

интралигаментарная инъекция

внутрипульпарная инъекция

403. Норадреналин вызывает:

спазм артерий и расширение вен

расширение артерий и спазм вен

расширение артерий и вен

спазм артерий и вен

расширение артерий определенных областей

404. Наиболее часто встречающимся осложнением при проведении общей анестезии является:

угнетение дыхания

нарушение проходимости дыхательных путей

нарушение сердечного ритма

тахикардия

цианоз

405. Из перечисленных факторов снижают уровень резистентности организма к кариозному процессу:

зубные отложения

различные общие заболевания, связанные с нарушением регуляции обменных процессов в организме

углеводы пищи

недостаточное содержание фтора в питьевой воде

406. Из перечисленных факторов оказывают влияние одновременно на факторы агрессии и резистентности к кариесу:

сдвиги в организме, связанные с нарушением нейрорефлекторной, гормональной и гуморальной регуляций обменных процессов

микроорганизмы полости рта

зубная бляшка

содержание фтора в питьевой воде

407. Время, необходимое для начала образования кислоты бактериальной бляшкой после употребления сладкой пищи:

несколько секунд

10 мин

15 мин

30 мин

1 час

408. Основные процессы, проходящие в эмали при начальном кариесе:

нарушение белковой матрицы эмали

дисминерализация и реминерализация

деминерализация эмали

нарушение связи между белковыми и минеральными компонентами эмали

резорбция эмали

409. Решающим при дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и гипоплазии эмали является:

прогрессирование процесса, которое выражено при кариесе, и его нет при гипоплазии эмали

локализация процесса

консистенция поверхности пятна

симметричность поражения

системность поражения

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

локализация процесса

симметричность поражения

консистенция поверхности пятна

прогрессирование процесса

системность поражения

411. Основным в терапии начального кариеса является:

гигиенический и диетический режимы

местное применение препаратов фтора

назначение препаратов фтора внутрь

основным является общеукрепляющее лечение

минерализирующие растворы (рем. терапия)

412. Из перечисленных веществ наиболее активны для повышения процессов реминерализации эмали при кариесе:

молибден, ванадий, селен, медь, фосфаты, кальций

витамины

фтор

препараты, содержащие декстраназу

гормоны

413. Эффект местной флюоризации основан:

на активности процессов реминерализации, уменьшении растворимости и проницаемости эмали, образовании фтораппатита

на улучшении трофики зуба

на бактерицидном действии фтора

на укреплении белковой матрицы эмали

на изменении рН зубного налета

414. Признаки, позволяющие поставить диагноз глубокого кариеса:

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

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

боль от термических раздражителей, быстро проходит после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно по всему дну

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

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

415. В пульпе различают:

2 слоя

3 слоя

4 слоя

5 слоев

6 слоев

416. Клеточный состав пульпы следующий:

пульпа как соединительная ткань богата присущими ей клетками

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

клеточный состав пульпы представлен клетками плазмоцитарного и макрофагального рядов

близки по составу к эпителиальной ткани

похожа на нервную ткань

417. Основная функция пульпы:

трофическая, ибо через пульпу осуществляется обмен в твердых тканях зуба

пластическая - способность воссоздавать элементы соединительной ткани и заместительный дентин

защитная - способность сопротивляться раздражающему агенту

пульпа индифферентна по отношению к твердым тканям

пульпа безвредна для твердых тканей

418. Защитная функция пульпы определяется:

деятельностью клеток фибропластического ряда, способных ограничивать воспалительный процесс

фагоцитарной активностью клеток

способностью одонтобластов вырабатывать заместительный дентин

волокнистыми структурами, способными выравнивать рН пульпы

тканевым иммунитетом, который определяется совместной деятельностью вышеперечисленных тканевых элементов, а также нейро-рефлекторной и гуморальной регуляцией организма

419. Решающим при диагностике острого частичного пульпита является:

характер болей

термометрия

электрометрия

перкуссия

фактор времени и первичность болей

420. Диагноз острого общего пульпита ставится на основании следующих признаков:

нарастание интенсивности болей и частоты приступов

уменьшение светлых промежутков

появление перкуторной реакции

резкая реакция на термометрию

повышение порога электровозбудимости пульпы

421. Решающим в дифференциальной диагностике острого, общего и частичного пульпитов является:

характер болей

термометрия

электрометрия

перкуссия

фактор времени

422. При хроническом фиброзном пульпите лучше всего применить:

сохранение жизнеспособности всей пульпы

витальную ампутацию

витальную экстирпацию

девитализацию

удаление зуба

423. При хроническом пролиферативном пульпите наиболее рационален следующий метод лечения:

девитализация

витальная ампутация

сохранение жизнеспособности всей пульпы

витальная экстирпация

удаление зуба

424. Наиболее рационален при гангрене коронковой пульпы такой метод лечения как:

девитализация

витальная ампутация

витальная экстирпация с последующей антисептической обработкой каналов

витальная экстирпация с диатермокоагуляцией пульпы

йод-электрофорез

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

характер болей

термометрия

зондирование

электрометрия

фактор времени

426. Из какой части зубного зачатка образуется ткань периодонта:

из мезенхимы зубного сосочка

из зубного мешочка

из клеток так называемого Гертвиговского влагалища

427. Клеточный состав периодонта представлен:

клетками, присущими всякой соединительной ткани

кроме клеток соединительной ткани и вазогенного происхождения в периодонте имеются специфические клетки эпителия

в периодонте отсутствуют какие-либо специфические клетки

периодонтом близким к цементу

периодонтом близким к корневой пульпе

428. Основной функцией периодонта является:

трофическая функция, ибо она обеспечивает питание цемента зуба

опорная, так как периодонт способен воспринимать большие нагрузки и распределять давление на стенки альвеолы

пластическая функция, заключающаяся в способности клеток синтезировать коллаген и полисахариды, т.е. строить саму ткань периодонта

защитная функция, так как она обеспечивает активную борьбу с воспалением

429. Решающим тестом при дифференциальной диагностике острого периодонтита и пульпита является:

перкуссия

электроодонтодиагностика

характер болей

термометрия

рентгенодиагностика

430. Если зуб не выдерживает герметизма, в канале лучше оставить:

антибиотики

фенол с формалином

желудочный сок

трипсин

гидрокортизон с антибиотиками

431. Боль при зондировании и кровоточивость из канала наблюдаются:

при хроническом фиброзном периодонтите

при кистогранулеме

при хроническом гранулирующем периодонтите

при фиброзном периодонтите

при остром периодонтите

432. В случаях болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала следует предпочесть:

тактику удаления зуба, ибо в дальнейшем грануляционная ткань резорбирует дентин и цемент корня

тактику применения мышьяковистой пасты, поскольку лечить такой зуб надо, как пульпитный

тактику проведения диатермокоагуляции и непосредственное пломбирование

тактику проведения электроодонтометрии

тактику закрытия зуба лечебной повязкой

433. При лечении хронического гранулирующего периодонтита в зубе с плохо проходимыми каналами наиболее целесообразен метод:

серебрения, ибо серебро обладает бактерицидным олигодинамическим действием на микрофлору микроканальцев

резорцин-формалиновый, так как он мумифицирует частички грануляционной ткани в недоступных участках корневых каналов

диатермокоагуляции, позволяющий коагулировать грануляции

ультрафонофореза с резорцин-формалиновой смесью

серебрения, так как он, образуя пленку по стенкам канала, закроет просветы дентинных канальцев и обеспечит герметизацию

434. Происхождение эпителия гранулемы и кист:

это вегетировавший через десневой карман многослойный плоский эпителий полости рта

это вегетировавший через свищевой ход многослойный плоский эпителий полости рта

эпителиальную выстилку гранулем и кист образуют эпителиальные островки Маляссе, клетки которых пролиферируют под влиянием воспаления

435. Сроки регенерации тканей периодонта сокращает применение средств:

кортикостероидные гормоны

антибиотики и слабые антисептики

пирамидиновые основания

ферменты

гидроксилапатит с коллагеном

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

эрозии зубов

гипоплазия, гиперплазия эмали, флюороз

кислотный некроз

клиновидный дефект

наследственные нарушения развития зубов

437. Фактором, способствующим развитию гипоплазии, является:

несовершенный остеогенез

нарушение обмена вещества при болезнях раннего детского возраста

содержание фтора в питьевой воде

инфицирование фолликула при травме

неясная причина

438. Характерными жалобами при гипоплазии являются:

повышенная чувствительность

стертость эмали

все вышеперечисленное

изменение цвета и формы зубов

жалобы отсутствуют

439. Наиболее типичной локализацией дефектов зубов при гипоплазии является:

вестибулярная поверхность всех групп зубов

фиссуры

шейка фронтальных зубов

вестибулярная поверхность резцов, клыков и бугров первых моляров

различные участки эмали

440. Форма клинического проявления гипоплазии:

меловидно-крапчатая

деструктивная

эрозивная

бороздчатая

441. Заболеваниями, сходными по клинической картине с гипоплазией эмали, являются:

флюороз зубов

наследственные нарушения развития зубов

кариес

некроз твердых тканей зубов

гиперплазия

442. Временные пломбировочные материалы должны обладать следующими свойствами:

механической и химической прочностью, устойчивостью цвета

иметь цвет, соответствующий цвету эмали, медленно затвердевать

хорошо прилипать к стенкам полости, не оказывать вредного влияния на пульпу, хорошо вводится и выводится из полости, не рассасываться и сохранять постоянство объема в течение нескольких месяцев

выполнять функцию каналозаполняющих материалов

быть рентгеноконтрастными

443. Временные пломбировочные материалы применяются с целью:

прокладок под постоянные пломбы

пломбирования корневых каналов

лечебной прокладки, изоляции нетвердеющих или медленно твердеющих паст от постоянных пломб для повязок

адгезива

улучшения свойства постоянных пломб

444. С какой целью и под какие материалы используются прокладки из ZnSO4 с водой:

с целью защиты пульпы от свободного мономера быстротвердеющих пластмасс

для изоляции лечебных прокладок от восстановительных материалов

с целью уменьшения теплопроводимости амальгамы

с целью стимулирования образования вторичного дентина

для защиты от композитных материалов

445. Основные недостатки быстротвердеющей пластмассы – норакрила:

значительная усадка и наличие остаточного мономера

непостоянство цвета и рассасываемость материала

механическая и химическая неустойчивость

быстрая потеря свойств материала от времени его изготовления

высокая чувствительность к влаге

446. Неглубокие полости нецелесообразно пломбировать пластмассами:

потому, что под пластмассу необходимо применять прокладку, а при поверхностном кариесе это сделать трудно

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

вследствие близости эмалево-дентинной границы

в связи с трудностями создания правильной полости

в связи с отсутствием адгезива

447. Применять фосфат-цемент для постоянных пломб:

можно, поскольку этот материал относиться к постоянным пломбировочным материалам

нельзя, ибо он быстро рассасывается и механически непрочен

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

нельзя, ибо он токсичен для пульпы

нельзя из-за низких эстетических свойств

448. Можно ли применять комбинированные пломбы:

можно, ибо они сочетают в себе качество цементов (прилипаемость) и амальгам (механическая прочность)

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

можно, особенно при наложении больших контурных пломб, когда стенки зуба тонкие и могут не выдержать давления от расширения амальгамы

можно только с композитными материалами

можно только с эпакрилом

449. Правильная методика пломбирования пластмассами:

прокладка накладывается только на дно, материал вносится в полость несколькими порциями

прокладка кладется до эмалево-дентинной границы, материал вводится одной, максимально двумя порциями, тщательно конденсируется и пломба изолируется специальным полиакрилатным лаком

прокладка накладывается на дно полости, пластмасса тщательно распределяется в полости, особенно у краев ее и оставляется избыток в местах, доступных последующей обработке

пластмасса должна вводится в первой фазе полимеризации

материал должен применяться только с адгезивом

450. Основными недостатками амальгамы следует считать:

высокую чувствительность к влаге, изменение объема и возможность хронического микромеркуриализма

отсутствие адгезии, теплопроводимость и способность вызвать коррозию золотых коронок

потенциальную возможность вызывать аллергические поражения слизистой оболочки полости рта, парестезии со стороны слизистой оболочки в результате образования микротоков

потенциальную возможность вызвать парестезии со стороны слизистой оболочки в результате образования микротоков

низкие механические и эстетические свойства

451. Композиционные пломбировочные материалы, их основные свойства, отличие их от обычных полимерных материалов:

композиционные материалы - материалы, имеющие полимерную основу и введенный специально обработанный наполнитель. Отличаются высокими косметическими, физико-механическими свойствами. Стомадент

полимерный материал с наполнителем, отличается лучшей адгезией

смесь различных полимеров. Не отличается. Акрилоксид

смесь акриловой и эпоксидной смолы. Более высокая прочность. Карбодент, стомадент, эвикрол, Р-30, Р-50, Силюкс

эпоксидный материал с наполнителями. Менее токсичен

452. Укажите отечественный композитный пломбировочный материал и его назначение:

стомадент - пломбирование III, IV-V класс

карбодент - пломбирование I-II класс

акрилоксид - пломбирование III-V класс

норакрил-100 - пломбирование I-II класс

витакрил - пломбирование III-V класс

453. При пломбировании полимерными материалами применяют матрицы с целью:

формирования контуров пломбы

уменьшения количества материала

улучшения прочностных качеств

улучшения цветостойкости

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

454. Комплекс тканей, объединенных понятием пародонт:

десна и круговая связка зуба

периодонт, десна, надкостница, зуб

десна, надкостница, кость альвеолы, периодонт, ткани зуба

десна, ткани зуба (цемент)

десна, надкостница, цемент

455. Перечислите функции пародонта:

барьерная, трофическая, рефлекторная, пластическая, амортизирующая

барьерная, амортизирующая

барьерная, рефлекторная, пластическая

рефлекторная

амортизирующая

456. Основной функцией пародонта является:

амортизирующая

барьерная

рефлекторная

рецепторная

пластическая

457. Барьерная функция пародонта обеспечивается:

ороговением многослойного плоского эпителия, наличием тучных клеток в эпителии

антибактериальной функцией десневой жидкости и слюны

ороговением многослойного плоского эпителия, тургором десны, состоянием мукополисахаридов, особенностями строения и функции десневой бороздки, антибактериальной функцией слюны за счет лизоцима, наличием тучных клеток

наличием большого количества рецепторов

ороговением многослойного плоского эпителия

458. Структурными образованиями микроциркуляторного русла пародонта являются:

капилляры

артериолы и венулы

артериолы, прекапилляры, капилляры, посткапилляры, венулы

прекапилляры, капилляры, посткапилляры

венозные сосуды

459. Иннервацию пародонта обеспечивает:

лицевой нерв

вторая ветвь тройничного нерва

ветви зубных сплетений второй и третьей ветви тройничного нерва

первая ветвь тройничного нерва

все три ветви тройничного нерва

460. Состав зубной бляшки:

зубная бляшка представлена скоплением микроорганизмов

зубная бляшка состоит из углеводов и липидов

зубная бляшка представлена межклеточным матриксом, состоящим из полисахаридов, протеинов, липидов, неорганических компонентов, в который включены микроорганизмы, эпителиальные клетки, лейкоциты, макрофаги

зубная бляшка представлена органическими компонентами

зубная бляшка состоит из элементов слюны

461. Имеется ли разница между воспалительными и дистрофическими заболеваниями пародонта (пародонтитом и пародонтозом):

нет, это лишь формы одного и того же дистрофического процесса в челюстях

это совершенно различные заболевания

разница определяется лишь вначале, развившиеся стадии данных заболеваний не отличаются друг от друга

воспалительный процесс предшествует дистрофическому

пародонтоз предшествует пародонтиту

462. Наиболее неблагоприятным при развитии заболеваний пародонта является:

открытый прикус

глубокий прикус

перекрестный прикус

дистальный прикус

прямой прикус

463. Проба Шиллера - Писарева проводится с целью:

определения гигиенического состояния зубов

выявления изъязвлений внутридесневых карманов

оценки степени воспалительных изменений десны

выявления зубной бляшки

определения гноя в десневом кармане

464. Проба Кулаженко проводится с целью:

выявления барьерных возможностей пародонта

определения состояния проницаемости стенок сосудов

выявления стойкости стенок сосудов пародонта

определения воспалительных изменений десны

выявления зубной бляшки

465. К гигиеническим относятся следующие индексы:

ПИ, ПМА, СPITN

Шиллера - Пи3сарева

Федорова - Володкиной, Грина - Бармильона

ПИ

Рамфьорда

466. Индекс ПИ используется с целью:

определения степени воспалительных изменений пародонта

определения глубины десневых каналов

определения состояния гигиены полости рта

определения проницаемости сосудистой стенки

оценки гигиенического состояния зубов, выявления зубной бляшки

467. Индекс ПМА используется с целью:

определения степени воспалительных изменений пародонта

определения воспалительных изменений различных зон десны

определения кровоточивости десен

оценки гигиенического состояния полости рта

определения проницаемости сосудистой стенки

468. Наиболее целесообразные действия врача при медикаментозном стоматите:

назначение внутрь антигистаминовых препаратов

отмена лекарств

назначение нистатина внутрь

назначение антисептика в виде аппликаций или полосканий

назначение стероидных гормонов

469. После заживления афты останется:

рубец гладкий

деформирующий рубец

рубцовая атрофия

слизистая оболочка останется без изменений

470. Многоформную экссудативную эритему принято относить к группе следующих заболеваний:

инфекционных

аллергических

инфекционно-аллергических

неизвестной этиологии

лекарственных

471. Для многоформной экссудативной эритемы характерен элемент поражения:

пузырь

папула

сочетание нескольких элементов

эрозия

472. Цикл развития пузырных заболеваний составляет:

1 неделю

2 недели

3 недели

2 месяца

10 дней

473. Принято различать форм лейкоплакий:

одну

две

три

четыре

пять

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

три

четыре

пять

шесть

два

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

увеличение лимфоузлов

запах изо рта

валикообразные края язвы и плотное дно

резкая болезненность

температура тела

476. Ведущим признаком медикаментозного стоматита является:

отсутствие продромальных явлений

появление симптомов во рту после употребления лекарств

наличие эрозий или пузырей

наличие гиперемии и отека

положительная накожная проба