Содержание

**Детская стоматология**

Раздел 1. Организация стоматологической помощи детям

Раздел 2. Теоретические основы стоматологии детского возраста и избранные вопросы смежных дисциплин

Раздел 3. Основные методы обследования в стоматологии детского возраста

Раздел 4. Профилактика в детской стоматологии

Раздел 5. Кариес зубов

Раздел 6. Одонтогенные воспалительные заболевания в детском возрасте. Эндодонтия

Раздел 7. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области

Раздел 8. Заболевания слизистой оболочки полости рта

Раздел 9. Заболевания краевого пародонта

Раздел 10. Пороки развития зубов, челюстей и лица

Раздел 11. Зубочелюстные аномалии. Избранные вопросы ортодонтии

Раздел 12. Повреждения челюстно-лицевой области

Раздел 13. Опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области

Эталоны ответов

**Ортодонтия**

Раздел 1. Организация ортодонтической помощи населению, врачебная этика и деонтология

Раздел 2. Клиническая и функциональная анатомия полости рта

Раздел 3. Диагностика в ортодонтии

Раздел 4. Общие принципы и способы ортодонтического и комплексного лечения больных с патологией зубочелюстной системы

Раздел 5. Ортодонтическая лабораторная техника

Раздел 6. Этиология, патогенез и профилактика зубочелюстных аномалий и деформаций

Раздел 7. Аномалии и деформации зубов и зубных рядов

Раздел 8. Аномалии прикуса

Раздел 9. Дефекты зубов, зубных рядов и болезни пародонта

Раздел 10. Травма в челюстно-лицевой области. Пороки развития лица и челюстей

Эталоны ответов

**Ортопедическая стоматология**

Раздел 1. Организация ортопедической стоматологической помощи

Раздел 2. Клиническая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи

Раздел 3. Диагностика в ортопедической стоматологии

Раздел 4. Общие принципы и методы лечения больных с патологией зубочелюстной системы

Раздел 5. Дефекты коронковой части зубов

Раздел 6. Дефекты зубных рядов

Раздел 7. Полное отсутствие зубов

Раздел 8. Болезни пародонта

Раздел 9. Травмы и дефекты челюстно-лицевой области

Раздел 10. Клиническая стоматологическая имплантология

Эталоны ответов

Терапевтическая стоматология (вопросы с ответами\_

**Челюстно-лицевая хирургия**

Раздел 1. Топографическая анатомия и оперативная хирургия челюстно-лицевой области и шеи

Раздел 2. Обезболивание в челюстно-лицевой хирургии

Раздел 3. Физиотерапия в челюстно-лицевой хирургии

Раздел 4. Методы обследования в челюстно-лицевой хирургии

Раздел 5. Удаление зубов и местные осложнения

Раздел 6. Заболевания и повреждения нервов лица и челюстей

Раздел 7. Травматология с военно-полевой стоматологией

Раздел 8. Врожденные пороки развития лица и шеи

Раздел 9. Заболевания и повреждения височно-нижнечелюстного сустава

Раздел 10. Злокачественные новообразования челюстно-лицевой области

Раздел 11. Опухолевоподобные и доброкачественные новообразования головы и шеи

Раздел 12. Основы восстановительной хирургии челюстно-лицевой области

Раздел 13. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области

Раздел 14. Заболевания слюнных желез

Эталоны ответов

**ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ**

**Раздел 1**

**ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

001. При организации стоматологической помощи детям

применимы следующие формы хозяйственного механизма

а) бригадный метод

б) сдельно-премиальная система

в) арендные отношения

г) медицинское страхование

д) все перечисленные выше

002. Стоматологическая заболеваемость в детской стоматологии

изучается с целью

а) определения структуры стоматологической заболеваемости

б) определения уровня оказания стоматологической помощи детям

в) получения объективных данных для оценки эффективности

действующих стоматологических оздоровительных программ

г) формирования и стимулирования общественного сознания

в поддержку развития стоматологического обслуживания детей

д) определения комплекса указанных выше задач

003. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ

можно отнести регион с КПУ=1.0 у детей 12 лет?

а) очень низкой

б) низкой

в) умеренной

г) высокой

д) очень высокой

004. К какой зоне интенсивности кариеса зубов

можно отнести регион с КПУ=2.0 у детей 12 лет?

а) очень низкой

б) низкой

в) умеренной

г) высокой

д) очень высокой

005. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ

можно отнести регион с КПУ=3.0 у детей 12 лет?

а) очень низкой

б) низкой

в) умеренной

г) высокой

д) очень высокой

006. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ

можно отнести регион с КПУ=5.0 у детей 12 лет?

а) очень низкой

б) умеренной

в) высокой

г) очень высокой

007. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ

можно отнести регион с КПУ=7.0 у детей 12 лет?

а) очень низкой

б) низкой

в) умеренной

г) высокой

д) очень высокой

008. Осматривать ребенка раннего возраста, имеющего здоровую полость рта -

"факторы риска", находящегося на диспансерном учете у стоматологов

необходимо

а) один раз в год

б) диспансерный осмотр 2 раза в год

в) диспансерный осмотр по показаниям, но не реже 2 раз в год

г) диспансерный осмотр 3 раза в год

д) диспансерный осмотр по показаниям, но не реже 3 раз в год

009. Укажите модель диспансерного наблюдения

для ребенка дошкольного возраста, имеющего здоровую полость рта

а) диспансерный осмотр 1 раз в год

б) диспансерный осмотр 2 раза в год

в) диспансерный осмотр 3 раза в год

г) диспансерный осмотр по показаниям

д) диспансерные осмотры не целесообразны

010. Укажите модель диспансерного наблюдения

для ребенка дошкольного возраста, имеющего кариес зубов

а) диспансерный осмотр 1 раз в год

б) диспансерный осмотр 2 раза в год

в) диспансерный осмотр 3 раза в год

г) диспансерный осмотр 4 раза в год

д) диспансерные осмотры по показаниям

с учетом формы активности кариеса

011. Укажите модель диспансерного наблюдения

для ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития,

осложнений и сочетающийся с кариесом

а) диспансерный осмотр 1 раз в год

б) диспансерный осмотр 2 раза в год

в) диспансерный осмотр 3 раза в год

г) диспансерный осмотр по показаниям

д) диспансерные осмотры с учетом формы активности кариеса

012. Укажите модель диспансерного наблюдения

для школьника, имеющего III степень активности кариеса

а) диспансерный осмотр 1 раз в год

б) диспансерный осмотр 2 раза в год

в) диспансерный осмотр 3 раза в год

г) диспансерный осмотр по показаниям

д) диспансерный осмотр 3 раза в год, через каждые 3-4 месяца

013. Для оценки эффективности работы врача, работающего в школе 5 лет,

главным является

а) количество пломб, поставленных в новые кариозные полости

б) нуждаемость в лечении

в) общее количество пломб в день

г) охват плановой санации

д) комплекс перечисленных показателей

014. Обязательными мероприятиями при осуществлении

стоматологической диспансеризации школьников являются

а) прием детей по обращаемости

б) сплошная двухразовая санация детей, начиная с первого класса

в) распределение детей на диспансерные группы

с учетом степени активности кариеса 1 раз в году

г) перевод детей из одной диспансерной группы в другую

при каждом диспансерном осмотре

д) ежемесячная оценка эффективности диспансеризации

015. Осуществлять диспансерное наблюдение детей с нарушениями функций

(речи, дыхания, жевания, глотания) в организованных детских коллективах

целесообразнее

а) заведующему детским стоматологическим отделением

б) врачу-стоматологу амбулаторного поликлинического приема

в) детскому врачу-стоматологу,

осуществляющему санацию организованных детских коллективов

г) детскому стоматологу-ортодонту

д) специально выделенному детскому врачу-стоматологу

профилактического отделения

016. Как следует проводить очистку, обработку

и стерилизацию стоматологического инструмента

после проведения гнойных манипуляций?

а) достаточно дезинфекции

б) необходима дезинфекция с последующей стерилизацией

в) необходима предстерилизационная пдготовка и стерилизация

г) достаточно только стерилизации

д) обязательное проведение дезинфекции,

предстерилизационной подготовки и стерилизации

017. Как следует проводить очистку, обработку

и стерилизацию стоматологических наконечников?

а) обязательная стерилизация

б) достаточно дезинфекции

в) необходима предстерилизационная подготовка

с последующей дезинфекцией

г) обязательная дезинфекция и стерилизация

д) стерилизация с предварительной предстерилизационной подгтовкой

018. Экстренной личной профилактикой врача-стоматолога

при подозрении на СПИД у пациента является

а) закапать в глаза альбуцид

б) закапать в нос 1% раствор протаргола

в) прополаскать рот и нос 0.05% раствором марганцевокислого калия

г) обработать руки 70° спиртом

д) использовать комплекс вышеуказанных мер

Раздел 2

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ

СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

И ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН

001. Пульпа формируется

а) из мезенхимы зубного мешочка

б) из мезенхимы зубного сосочка

в) из эпителиальной ткани,

образующей внутренний слой эмалевого органа

г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

д) из передней половины эпителиальной пластинки

002. Дентин формируется

а) из мезенхимы зубного мешочка

б) из мезенхимы зубного сосочка

в) из эпителиальной ткани,

образующей внутренний слой эмалевого органа

г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

д) из передней половины эпителиальной пластинки

003. Цемент корня зуба формируется

а) из мезенхимы зубного мешочка

б) из мезенхимы зубного сосочка

в) из эпителиальной ткани, образующей верхний слой эмалевого органа

г) из передней половины эпителиальной пластинки

д) из эпителиального влагалища

004. Периодонт формируется

а) из мезенхимы зубного мешочка

б) из мезенхимы зубного сосочка

в) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

г) из эпителиальной ткани,

образующей внутренний слой эмалевого органа

д) из передней половины эпителиальной пластинки

005. Эмаль зуба формируется

а) из мезенхимы зубного мешочка

б) из мезенхимы зубного сосочка

в) из эпителиальных клеток,

образующих внутренний слой эмалевого органа

г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

006. Насмитова оболочка формируется

а) из мезенхимы зубного мешочка

б) из мезенхимы зубного сосочка

в) из эпителиальной ткани,

образующей внутренний слой эмалевого органа

г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

007. Минерализация зубов начинается

а) на 2-3 месяце утробной жизни

б) на 4-5 месяце утробной жизни

в) на 6-7 месяце утробной жизни

г) на 7-8 месяце утробной жизни

д) на 8-9 месяце утробной жизни

008. Минерализация зубов начинается

а) на 3-4 месяце утробной жизни

б) на 4-4.5 месяце утробной жизни

в) на 5-6 месяце утробной жизни

г) на 6-7 месяце утробной жизни

д) на 8-9 месяце утробной жизни

009. Минерализация , зубов начинается

а) на 3-м месяце утробной жизни

б) на 5-м месяце утобной жизни

в) на 6-м месяце утробной жизни

г) на 7-м месяце утробной жизни

д) на 8-м месяце утробной жизни

010. Минерализация зубов начинается

а) на 3-м месяце утробной жизни

б) на 5-м месяце утробной жизни

в) на 6-м месяце утробной жизни

г) на 7-м месяце утробной жизни

д) на 8-м месяце утробной жизни

011. Зубы прорезываются

а) на 4-5 месяце жизни ребенка

б) на 5-6 месяце жизни ребенка

в) на 6-8 месяце жизни ребенка

г) на 9-10 месяце жизни ребенка

д) на 11-12 месяце жизни ребенка

012. Зубы прорезываются

а) на 2-5 месяце жизни ребенка

б) на 6-12 месяце жизни ребенка

в) на 7-8 месяце жизни ребенка

г) на 12-17 месяце жизни ребенка

д) на 17-20 месяце жизни ребенка

013. Зубы прорезываются

а) на 8-10 месяце жизни ребенка

б) на 10-12 месяце жизни ребенка

в) на 12-15 месяце жизни ребенка

г) на 16-20 месяце жизни ребенка

д) на 17-19 месяце жизни ребенка

014. Зубы прорезываются

а) на 9-12 месяце жизни ребенка

б) на 12-16 месяце жизни ребенка

в) на 17-20 месяце жизни ребенка

г) на 10-15 месяце жизни ребенка

д) на 11-13 месяце жизни ребенка

015. Зубы прорезываются

а) на 9-10 месяце жизни ребенка

б) на 10-12 месяце жизни ребенка

в) на 12-18 месяце жизни ребенка

г) на 18-20 месяце жизни ребенка

д) на 20-30 месяце жизни ребенка

016. Формирование корней зубов заканчивается

а) в возрасте ребенка 1.5 года

б) в возрасте ребенка 2-2.5 года

в) в возрасте ребенка 3 года

г) в возрасте ребенка 4 года

д) в возрасте ребенка 5 лет

017. Формирование корней зубов заканчивается

а) в возрасте ребенка 2 года

б) в возрасте ребенка 3 года

в) в возрасте ребенка 4 года

г) в возрасте ребенка 5 лет

д) в возрасте ребенка 6 лет

018. Формирование корней зубов заканчивается

а) в возрасте ребенка 2-3 года

б) в возрасте ребенка 3-3.5 года

в) в возрасте ребенка 3-4 лет

г) в возрасте ребенка 4-5 лет

д) в возрасте ребенка 5-5,5 лет

019. Формирование корней зубов заканчивается

а) в возрасте ребенка 2-3 года

б) в возрасте ребенка 3-4 года

в) в возрасте ребенка 4-5 лет

г) в возрасте ребенка 5-6 лет

д) в возрасте ребенка 6-7 лет

020. Формирование корней зубов заканчивается

а) в возрасте ребенка 3 года

б) в возрасте ребенка 4 года

в) в возрасте ребенка 5 лет

г) в возрасте ребенка 6 лет

д) в возрасте ребенка 7 лет

021. Cроки максимального рассасывания корней зубов

а) в возрасте ребенка 3-3.5 года

б) в возрасте ребенка 4-4.5 года

в) в возрасте ребенка 5-5.5 лет

г) в возрасте ребенка 5.5-6.5 лет

д) в возрасте ребенка 6.5-7 лет

022. Cроки максимального рассасывания корней зубов

а) в возрасте ребенка 3-4 лет

б) в возрасте ребенка 4-5 лет

в) в возрасте ребенка 5-6 лет

г) в возрасте ребенка 5.5-7 лет

д) в возрасте ребенка 8 лет

023. Cроки минимального рассасывания корней зубов

а) в возрасте ребенка 5-6 лет

б) в возрасте ребенка 6-7 лет

в) в возрасте ребенка 8.5-9 лет

г) в возрасте ребенка 10-11 лет

д) в возрасте ребенка 11-12 лет

024. Cроки максимального рассасывания корней зубов

а) в возрасте ребенка 7 лет

б) в возрасте ребенка 8 лет

в) в возрасте ребенка 9 лет

г) в возрасте ребенка 10 лет

д) в возрасте ребенка 11 лет

025. Cроки максимального рассасывания корей зубов

а) в возрасте ребенка 6-7 лет

б) в возрасте ребенка 8-8.5 лет

в) в возрасте ребенка 9-9.5 лет

г) в возрасте ребенка 9-10 лет

д) в возрасте ребенка 10-11 лет

026. Какой тип резорбции корней молочных зубов является физиологическим?

а) I - равномерная резорбция всех корней

б) II - резорбция с преобладанием процесса в области одного корня

в) III - резобрция с преобладанием процесса

в области бифуркации корней

г) резорбция корней

в результате хронического воспаления тканей периодонта

д) I, II, III типы резорбции корней

027. Какой вид резорбции корней молочных зубов

при хроническом воспалении периодонтита?

а) равномерная резорбция всех корней

б) резорбция с преобладанием в области одного корня

в) резорбция с преобладанием процесса в области биофуркации

г) патологический вид резорбции

д) физиологический вид резорбции

028. Укажите сроки закладки зачатков постоянных зубов

а) на 1-м месяце утробной жизни

б) на 5-6 месяце утробной жизни

в) на 5-6 месяце жизни ребенка

г) на 2-м году жизни ребенка

д) на 4-5 году жизни ребенка

029. Минерализация зубов начинается

а) на 5-м месяце утробной жизни

б) на 3-4-м месяце жизни ребенка

в) в конце антенатального периода

г) в возрасте ребенка 1-1.5 года

д) в возрасте 2-2.5 лет

030. Минерализация зубов начинается

а) на 8-м месяце утробной жизни

б) при рождении ребенка

в) на 5-м месяце жизни ребенка

г) на 1-м году жизни ребенка

д) на 2-м году жизни ребенка

031. Минерализация зубов начинается

а) на 6-м месяце утробной жизни

б) на 1-м году жизни ребенка

в) на 2-2.5 году жизни ребенка

г) в возрасте ребенка 3 лет

д) в возрасте ребенка 4 года

032. Минерализация зубов начинается

а) на 7-м месяце утробной жизни

б) в возрасте ребенка 1-1.5 года

в) в возрасте ребенка 1.5-2.5 года

г) в возрасте ребенка 2.5-3 года

д) в возрасте ребенка 3-4 года

033. Зубы прорезываются

а) в возрасте ребенка 5-6 лет

б) в возрасте ребенка 6-7 лет

в) в возрасте ребенка 6-8 лет

г) в возрасте ребенка 8 лет

д) в возрасте ребенка 9 лет

034. Зубы прорезываются

а) в возрасте ребенка 5-6 лет

б) в возрасте ребенка 5-7 лет

в) в возрасте ребенка 6-8 лет

г) в возрасте ребенка 8 лет

д) в возрасте ребенка 9 лет

035. Зубы прорезываются

а) в возрасте ребенка 5-7 лет

б) в возрасте ребенка 7-9 лет

в) в возрасте ребенка 7-11 лет

г) в возрасте ребенка 8-12 лет

д) в возрасте ребенка 9-10 лет

036. Зубы прорезываются

а) в возрасте ребенка 5-7 лет

б) в возрасте ребенка 7-11 лет

в) в возрасте ребенка 8-10 лет

г) в возрасте ребенка 8-12 лет

д) в возрасте ребенка 9-13 лет

037. Зубы прорезываются

а) в возрасте ребенка 5-7 лет

б) в возрасте ребенка 7-9 лет

в) в возрасте ребенка 7-11 лет

г) в возрасте ребенка 8-10 лет

д) в возрасте ребенка 8-12 лет

038. Зубы прорезываются

а) в возрасте ребенка 7-9 лет

б) в возрасте ребенка 8-11 лет

в) в возрасте ребенка 9-13 лет

г) в возрасте ребенка 10-12 лет

д) в возрасте ребенка 11-14 лет

039. Формирование корней зубов заканчивается

а) в возрасте 8-9 лет

б) в возрасте 9-10 лет

в) в возрасте 10-12 лет

г) в возрасте 10-13 лет

д) в возрасте 11-12 лет

040. Формирование коней зубов заканчивается

а) в возрасте ребенка 8-10 лет

б) в возрасте ребенка 9-10 лет

в) в возрасте ребенка 10-11 лет

г) в возрасте ребенка 11-12 лет

д) в возрасте ребенка 12-13 лет

041. Формирование корней зубов заканчивается

а) в возрасте ребенка 9-10 лет

б) в возрасте ребенка 10-12 лет

в) в возрасте ребенка 12-14 лет

г) в возрасте ребенка 13-15 лет

д) в возрасте ребенка 15-16 лет

042. Формирование корней зубов заканчивается

а) в возрасте ребенка 9-10 лет

б) в возрасте ребенка 10-11 лет

в) в возрасте ребенка 11-12 лет

г) в возрасте ребенка 12 лет

д) в возрасте ребенка 13-14 лет

043. Формирование корней зубов заканчивается

а) в возрасте ребенка 9-10 лет

б) в возрасте ребенка 10-11 лет

в) в возрасте ребенка 11-12 лет

г) в возрасте ребенка 12-13 лет

д) в возрасте ребенка 14 лет

044. Формирование корней зубов заканчивается

а) в возрасте ребенка 9-10 лет

б) в возрасте ребенка 10-11 лет

в) в возрасте ребенка 12 лет

г) в возрасте ребенка 13 лет

д) в возрасте ребенка 14 лет

045. Формирование корней зубов заканчивается

а) в возрасте ребенка 9 лет

б) в возрасте ребенка 10 лет

в) в возрасте ребенка 13 лет

г) в возрасте ребенка 14 лет

д) в возрасте ребенка 15 лет

046. Чтобы снизить комплекс негативных реакций организма ребенка

на лечение у стоматолога необходимо выполнить следующие мероприятия

а) во время манипуляции должны присутствовать родители

б) консультация невропатолога

в) мобилизация волевых усилий ребенка

для повышения уровня мотивации к лечению

г) установление психологического контакта с ребенком

д) выбирается индивидуально

047. Для снятия психоэмоционального напряжения ребенка

в условиях поликлиники чаще используются

а) снотворные

б) транквилизаторы диазепамового ряда

в) наркотические препараты

г) обезболивающие

д) не применяются

048. При удалении временного зуба в стадии значительной резорбции корней

дает достаточную анестезию

а) проводниковое обезболивание

б) аппликационное обезболивание

в) ингаляционный наркоз

г) инфильтрационное обезболивание

д) внутрикостное обезболивание

049. Укажите наиболее частое показание

к применению местного инъекционного обезболивания

в детской терапевтической стоматологии

а) неосложненный кариес

б) кюретаж зубодесневых карманов

в) хронический периодонтит

г) хронический пульпит

д) острая травма зуба с повреждением пульпы

050. Раствор адреналина в обезболивающий раствор детям до 3 лет

а) не добавляют

б) добавляют 2 капли раствора адреналина

на 5 мл обезболивающего раствора

в) добавляют 2 капли раствора адреналина

на 10 мл обезболивающего раствора

г) добавляют 1 каплю раствора адреналина на 5 мл раствора анестетика

д) добавляют 1 каплю р-ра адреналина на 10 мл анестетика

051. Укажите оптимальное нахождение конца инъекционной иглы

при проведении проводниковой анестезии

у нижнечелюстного отверстия у детей?

а) обязательно продвигать конец инъекционной иглы

в нижнечелюстное отверстие

б) требуется точность проведения конца иглы к устью отверстия

в) можно ввести обезболивающий раствор в окружающие отверстие ткани

г) можно ввести обезболивающий раствор на 2 см кпереди

от нижнечелюстного отверстия

д) этот метод обезболивания не применяется

052. Тактика по отношению к проведению туберальной анестезии

при удалении временных жевательных зубов

а) обязательно проводить

б) не требуется

в) туберальную анестезию сочетать с местно-инфильтрационной

г) является методом выбора

д) не имеет значительных преимуществ перед местно-инфильтрационной

053. Лучшим анестетиком для периостомии

при гнойном воспалительном процессе является

а) тримекаин 1%

б) новокаин 2% с добавлением адреналина

в) новокаин 2% без добавления адреналина

г) лидокаин 2% с добавлением адреналина

д) новокаин 1% с добавлением адреналина

054. Максимальная доза (допустимая) новокаина 2% для ребенка 5 лет

а) 1 мл

б) 2 мл

в) 5 мл

г) 10 мл

д) 20 мл

055. Преимущества тримекаина перед новокаином

а) более сильный анестетик

б) седативный эффект

в) менее выражены аллергические свойства

г) быстрее наступает эффект

д) все перечисленное

056. На возможность возникновения обморока у пациента не влияет

а) ребенок пришел натощак

б) долгое ожидание в очереди

в) неспокойное поведение других пациентов

г) суровость врача

д) не назван

057. При лечении обморока главным является

а) введение супрастина

б) введение средств, стимулирующих сердечную деятельность

в) горизонтальное положение больного

г) горизонтальное положение больного

и рефлекторная стимуляция дыхания и кровообращения

д) не назван

058. С дефектом техники мандибулярной анестезии можно связать

а) неврит лицевого нерва

б) альвеслит в зоне удаленного зуба

в) воспалительную контрактуру крыловидных мышц

г) гематому в области ментального отверстия

д) ни один из перечисленных

059. Методикой проведения внутрикостной анестезии является

а) обезболивающий раствор вводится только путем электрофореза

б) в основание десневого сосочка

в) перфорируя кость в периапикальной области

г) у детей не используется

д) место введения раствора в кость не имеет значения

060. Более рациональными способами обезболивания

при вскрытии абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области у детей

являются

а) проводниковая местная анестезия

б) местно-инфильтрационное обезболивание с премедикацией

в) интубационный наркоз

г) масочный ингаляционный наркоз

д) аппликационная анестезия с премедикацией

061. Противопоказанием к использованию наркоза для санации полости рта

в поликлинике может явиться

а) возраст до 3-х лет

б) наличие острого респираторного заболевания

в) аллергия к местным анестетикам

г) ребенок имеет болезнь Дауна

д) не названо

062. Укажите наиболее эффективный метод обезболивания

при витальной экстирпации пульпы 321 ┬ 123

а) инфильтрационная анестезия

б) аппликационная анестезия

в) проводниковая анестезия

г) проводниково-инфильтрационная анестезия

д) ни одна из названных

063. Укажите наиболее частое показание

к применению местного инъекционного обезболивания

в детской терапевтической стоматологии

а) неосложненный кариес

б) лечение пульпитов

в) при острых и обострившихся хронических периодонтитах

г) при снятии зубных отложений

д) кюретаж зубодесневых карманов

064. Показанием к применению аппликационного обезболивания

в терапевтической стоматологии не может быть

а) обработка патологических зубодесневых карманов

б) препарирование твердых тканей постоянных зубов

в) лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта

г) обезболивание места вкола инъекционной иглы

д) при повреждении слизистой оболочки полости рта

065. Укажите профилактику аллергических осложнений

местного инъекционного обезболивания

а) правильное приготовление и хранение местных анестетиков

б) проведение цветной пробы по Лукомскому

в) взаимодействие в работе медперсонала

г) точное соблюдение методики проведения

местной инъекционной анестезии

д) тщательное выяснение аллергического анализа

066. Положительными свойствами лидокаина являются

а) вызывать быстро наступающую глубокую

и продолжительную анестезию

б) не вызывать существенных изменений пульса,

артериального давления, дыхания

в) совместимости с сульфаниламидами, наркотическими веществами,

антибиотиками

г) малотоксичность

д) все перечисленное

067. Укажите наиболее рациональный метод обезболивания для удаления ┌6

по поводу хронического периодонтита

а) электрообезболивание

б) общее обезболивание

в) аппликационное обезболивание

г) проводниковое обезболивание

д) акупунктура

068. При удалении моляров верхней челюсти у детей наболее целесообразна

а) проводниковая анестезия

б) инфильтрационная анестезия при помощи шприца

в) общее обезболивание

г) аппликационная анестезия

д) акупунктура

069. Рост челюстных корней у детей происходит

а) равномерно по годам

б) наиболее активно: в 1-3 года, 6-8 лет, 13-15 лет

в) наиболее активно: 3-5 лет, 10-12 лет

г) наиболее активно до года

д) наиболее активно после 15 лет

070. У новорожденных зачатки зубов на верхней челюсти находятся

а) в десневом валике

б) в альвеолярном отростке

в) прилежат к дну глазницы

г) резцы уже прорезались

д) отсутствуют

071. Для челюстных костей детского возраста

характерны следующие анатомические особенности

а) губчатое вещество преобладает над компактным,

слабо минерализовано, богато васкуляризовано

б) компактный слой преобладает над губчатым, хорошо минерализован,

слабо васкуляризован

в) компактный слой преобладает над губчатым,

слабо васкуляризован и минерализован

г) преобладает губчатое вещество, хорошо минерализовано

д) компактное и губчатое вещества представлены поровну

072. Срастание костей неба происходит

а) на первом году жизни

б) в первом триместре беременности

в) во втором триместре беременности

г) в третьем триместре беременности

д) не срастается никогда

073. У детей одонтогенные воспалительные процессы чаще встречаются

а) после 10 лет

б) в 1-3 года

в) в 6-8 лет

г) в 3-5 лет

д) в 10-12 лет

074. Временные зубы у детей имеют

а) большую пульповую камеру, широкие каналы

б) большую пульповую камеру, узкие каналы

в) маленькую пульповую камеру,

широкие каналы и большое верхушечное отверстие

г) пульповая камера не сформирована

д) маленькая пульповая камера,

узкие каналы и узкое верхушечное отверстие

075. Становление дезинтоксикационной функции печени и почек происходит

а) к 1 году

б) к 3-4 годам

в) к 6-8 годам

г) к 10 годам

д) после 15 лет

076. Иммунологическая реактивность у новорожденного

а) у доношенных высокая, у недоношенных низкая

б) у доношенных низкая, у недоношенных высокая

в) как у доношенных, так и у недоношенных высокая

г) как у доношенных, так и у недоношенных низкая

д) у новорожденных иммунологической реактивности нет

077. Барьерная способность лимфатической системы у детей завершается

а) к периоду новорожденности

б) формируется к году

в) заканчивается формирование после 15 лет

г) формируется к 7 годам

д) формируется к 10 годам

078. Экспозиция диатермокоагуляции пульпы

при методе витальной экстирпации

а) 3-4 с

б) 6-7 с

в) 60 с

г) 20 с

д) 1 мин 20 с

079. Целесообразным физиотерапевтическим методом при обострении

после пломбирования канала при наличии отека, гиперемии является

а) гидротерапия

б) микроволны

в) УВЧ

г) электрофорез новокаина

д) излучение гелий-неонового лазера

080. При кариесе наиболее целесообразен

а) электрофорез

б) общее ультрафиолетовое облучение

в) КУФО

г) микроволны

д) дарсенваль

081. При лечении так называемого остаточного или корневого пульпита в зубе

с плохопроходимыми корневыми каналами лучше применять

а) диатермокоагуляцию

б) внутриканальное УВЧ

в) электрофорез иода (10% настойка)

г) электрофорез трипсина

д) флуктуоризацию

082. УВЧ-терапия показана при следующих заболеваниях

а) при кариесе

б) при хроническом периодонтите

в) при пороке зубов

г) при острой форме периодонтита

д) при хроническом пульпите

083. Лекарственные вещества вводятся

а) с положительного полюса

б) с полюса,

имеющего одинковый заряд с ионом лекарственного вещества

в) с полюса,

имеющего заряд, противоположный иону лекарственного вещества

г) с отрицательного полюса

д) с любого полюса

084. Электрофорез - это

а) применение с лечебной целью электротока

б) применение с лечебной целью электротока высокой частоты

в) введение лекарственных веществ в ткани посредством тока

г) введение лекарственных веществ в ткани

посредством светового излучения

д) введение лекарственных веществ с помощью ультразвукового аппарата

085. Гидрофильная прокладка должна

а) предохранять кожу от ожога

б) способствовать равномерному распределению тока

в) уменьшать сопротивление ткани постоянному току

г) уменьшать нагревание ткани

д) уменьшать раздражающее действие переменного тока

086. Гальванизация в стоматологии - это

а) применение с лечебной целью

постоянного электрического тока высокого напряжения

б) применение с лечебной целью

переменного электрического тока высокого напряжения

в) применение с лечебной целью

постоянного электрического тока низкого напряжения

и небольшой силы

г) применение света с лечебной целью

д) применение с лечебной целью

импульсного тока низкого напряжения и частоты

087. Физиологическое действие постоянного тока на живые ткани обусловлено

а) перемещением ионов, нарушением ионной конъюктуры тканей

б) нагреванием тканей вследствие

образования значительного количества топлива

в) раздражающим действием тока

г) воздействием постоянного тока

на лимфатические и кровеносные сосуды

д) воздействием на нервные рецепторы

088. Физическими факторами, применяемыми для профилактики кариеса,

являются

а) импульсный ток низкого напряжения и частоты

б) криотерапия и гипотерапия

в) переменные электрические токи и электромагнитные поля

г) электрофорез и светолечение

д) парафино-, озокерито- и грязелечение

Раздел 3

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

В СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

001. При нарушении функции глотания клинически определяются

нарушения состояния

а) жевательных мышц

б) всех мышц челюстно-лицевой области

в) мышцы мягкого неба

г) височные мышцы

д) мышцы приротовой области

002. В ортодонтии применяют панорамную рентгенографию нижней челюсти

а) для определения длины нижней челюсти

б) для определения состояния зачатков

в) для измерения размеров зубов нижней челюсти

г) для измерения ширины зубного ряда

д) для определения длины корней

003. Ортопантомографию челюстей в сменном прикусе используют

а) для определения размеров челюстей

б) для диагностики очагов одонтогенной инфекции

в) для определения состояния суставов

г) для определения наличия зачатка постоянных зубов

д) для всего вышеперечисленного

004. Реография - это

а) метод исследования диаметра кровеносных сосудов

б) функциональный метод исследования

кровоснабжения тканей организма

в) метод исследования только венозных сосудов организма

г) метод исследования подвижности зубов

д) метод исследования кровеносной системы

слизистой оболочки полости рта

005. Реографию в стоматологии целесообразнее всего применять

а) для изучения функционального состояния пульпы

б) для диагностики кровоснабжения мышц

в) для диагностики заболеваний слизистой

г) для диагностики функционального состояния сосудов пародонта

д) не используется

006. Электромиография - это

а) регистрация движений нижней челюсти

б) регистрация движений височнонижнечелюстного сустава

в) исследование гемодинамики пародонта

г) исследование лимфообращения

д) функциональный метод исследования состояния мышц

на основе регистрации биопотенциалов

007. Для определения функциональной нагрузки в стоматологии используется

а) ЭОД

б) ортопантомография

в) реопародонтография

г) гнатодинамометрия

д) электромиография

008. Какое функциональное задание используют

при электромиографических исследованиях

мышц челюстно-лицевой области

в стадии отправного толчка при глотании?

а) движение нижней челюсти в сторону

б) круговые движения языка

в) перемещение нижней челюсти вперед

г) открывание и закрывание рта

д) проглатывание воды

009. Физиологическому состоянию околоротовых мышц

при глотании соответствует следующий лицевой признак

а) губы слегка напряжены

б) отмечается напряжение мышц подбородка

в) напрягаются щечные мышцы

г) губы сомкнуты спокойно

д) напрягаются мышцы шеи

010. В детской стоматологии применяются нижеперечисленные методики

рентгенологического исследования

а) телерентгенография

б) ортопантомография

в) панорамная рентгенография

г) внутриротовая рентгенография

д) все перечисленные выше методики

011. Для профилактики аномалий прикуса в работу детской стоматологии

в ДДУ целесообразно включать

а) тренировку правильного смыкания губ

б) тренировку правильного положения языка в покое,

в стадии отправочного толчка при глотании

в) упражнения для формирования правильной осанки

г) тренировка носового дыхания

д) все перечисленное

012. Более эфективным периодом развития ребенка

для профилактики аномалий прикуса является

а) период новорожденности

б) грудной период

в) период дошкольного возраста

г) предшкольный период

д) школьный возраст

013. Целесообразными профилактическими мероприятиями,

которые надо включить детскому стоматологу

в работу комнаты здорового ребенка для детей грудного возраста являются

а) обучение родителей правильному способу вскармливания ребенка

б) устранение вредных привычек

в) обучение родителей правильному положению ребенка в кровати

г) рациональному использованию соски-пустышки

д) все вышеперечисленное

014. На формирование аномалий прикуса у дошкольников не влияет

а) ознакомление детей с различными этиологическими факторами,

влияющими на формирование правильного прикуса

б) устранение активных привычек,

способствующих развитию аномалий прикуса

в) обучение навыкам ухода за полостью рта

г) обучение правильному откусыванию и пережевыванию пищи

д) обучение правильной позе во время еды и сна

015. Для профилактики аномалий прикуса в работу детского стоматолога

при санации полости рта дошкольников следует включить

а) устранение вредных привычек

б) коррекцию неправильных окклюзионных контактов

в) тренировку носового дыхания

г) применение стандартных вестибулярных пластинок

д) все вышеперечисленное

016. В комплексном лечении тесного положения зубов

во фронтальном участке нижней челюсти может быть использовано

а) пришлифовывание окклюзионных контактов

б) миогимнастика

в) нормализация носового дыхания

г) сепарация зубов

д) удаление зубов

017. При наследственной предрасположенности к увеличению размеров

нижней челюсти целесообразно изготовление шапочки для фиксации

а) вертикальной тяги

б) горизонтальной тяги

в) косой тяги

г) горизонтальной и косой тяги

д) односторонней тяги

018. Основное физиологическое назначение соски-пустышки - это

а) обеспечение носового дыхания

б) предупредить вредную привычку сосания

в) успокоить при неприятных для ребенка ситуациях

г) сформировать рефлекс быстрого засыпания

д) обеспечить удовлетворение сосательного рефлекса после кормления

019. Ребенка от сосания соски-пустышки надо отучить

а) в 9-12 мес

б) в 1.0-1.5 года

в) в 1.5-2.0 года

г) в 6-9 мес

д) не надо отучать вообще

020. Молочная соска для искусственного вскармливания должна быть

а) длинной и упругой

б) длинной и мягкой

в) короткой и упругой

г) короткой и мягкой

д) любого вида из перечисленных

021. Оптимальное время одного молочного кормления через соску

а) 5-10 мин

б) 15-20 мин

в) 25-30 мин

г) 10-15 мин

д) более 30 мин

022. Ребенок должен уметь есть из ложки (снимать пищу губами)

а) в 3-6 мес

б) в 6-9 мес

в) в 9-12 мес

г) после 1 года

д) после 1.5 года

023. Основным показателем для назначения массажа

приротовой области (круговой мышцы рта) является

а) вялое сосание

б) нарушение смыкания губ

в) переднее низкое положение языка

г) вредная привычка сосания пальца

д) верного ответа нет

024. Показанием продолжительности сеанса массажа и гимнастики

должны быть

а) тонус мышц

б) состояние ребенка

в) возраст ребенка

г) все вышеизложенное

д) вид аномалии прикуса

025. Кормление с помощью молочной соски должно быть исключено

а) к 6-9 мес

б) к 9-12 мес

в) после 1 года

г) к 12-15 мес

д) в 1.5 года

026. Твердая пища должна начинать вводиться в рацион ребенка

а) с 3-6 мес

б) с 6-9 мес

в) с 9-12 мес

г) после 1 года

д) во все указанные периоды

027. Задачей врача при диспансеризации детей до 1 года

в 1-й диспансерной группе является

а) устранить факторы риска

б) предупредить возникновение факторов вриска

в) повысить уровень здоровья

г) назначить коррегирующие (лечебные) мероприятия

д) все перечисленные

028. Задачей врача при диспансеризации детей до 1 года

во 2-й диспансерной группе является

а) устранение факторов риска

б) предупреждение возникновения факторов риска

в) повышение уровня здоровья

г) назначение коррегирующих мероприятий

д) все перечисленное

029. Задачей врача при диспансеризации детей до 1 года

в 3-й диспансерной группе является

а) устранить факторы риска

б) предупредить возникновение факторов риска

в) повысить уровень здоровья

г) назначить коррегирующие мероприятия

д) все перечисленные

030. В течение первого года жизни ребенок 1-й диспансерной группы

должен быть осмотрен

а) 1 раз в год

б) 2 раза в год

в) 3 раза в год

г) 4 раза в год

д) правильного ответа нет

031. В течение первого года жизни ребенок 2-й диспансерной группы

должен быть осмотрен

а) 1 раз в год

б) 2 раза в год

в) 3 раза в год

г) 4 раза в год

д) более 4 раз

032. В течение первого года жизни ребенок 3-й диспансерной группы

(имеющих этиолог.факторы развития зубочелюстных аномалий)

должен быть осмотрен

а) 1 раз в год

б) 2 раза в год

в) 3 раза в год

г) 4 раза в год

д) более 4 раз в год

033. При ранней потере временных зубов

с целью профилактики деформаций зубных рядов необходимо

а) стимулировать прорезывание постоянных зубов

б) сошлифовать нестершиеся бугры временных зубов

в) зубное протезирование

г) назначить потребление жесткой пищи

д) назначить массаж

034. Профилактическими мероприятиями, которые необходимо проводить

в период развития ребенка с целью профилактики

антенатальных пороков зубов, являются

а) назначение сбалансированного режима питания будущей матери

б) ограничение применения лекарств в период беременности

в) определение щадящего режима работы беременной женщины

г) устранение вредных привычек

д) все перечисленные факторы

035. Наиболее эффективным упражнением для коррекции смыкания губ

является

а) сжатие зубных рядов

б) выдвижение нижней челюсти

в) последовательное напряжение и расслабление губ

г) надувание нижней губы

д) надавливание языком в область переднего участка твердого неба

036. Миогимнастика при лечении дистального прикуса назначается

а) для мышц подбородка

б) для круговой мышцы рта

в) для мышц, поднимающих нижнюю челюсть

г) для жевательных мышц

д) для мышц, участвующих в перемещении нижней челюсти вперед

037. С целью профилактики аномалий прикуса у детей

необходимо обратить внимание родителей

а) на тренировку носового дыхания

б) на правильное положение головы

в) на воспитание правильного навыка пережевывания пищи

г) на воспитание навыка откусывания пищи передними зубами

д) все перечисленное

038. В работу воспитателей детского дошкольного учреждения

следует включить

а) тренировку правильного положения головы

б) тренировку носового дыхания

в) обучение навыку спокойного смыкания губ

г) тренировку правильного глотания

д) все перечисленное

039. В комплекс упражнений по лечебной физкультуре для детей,

имеющих аномалии прикуса, детский стоматолог должен включить

а) тренировку правильного положения головы

б) тренировку мышц, перемещающих нижнюю челюсть вперед

в) упражнения для мышц челюстно-лицевой области

г) упражнения с приспособлениями для миотерапии

д) все перечисленное

Раздел 4

ПРОФИЛАКТИКА В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001. Для определения методов эффективной индивидуальной профилактики

кариеса зубов в комплексное обследование ребенка

целесообразно включить

а) физическое состояние (уровень соматического здоровья)

б) исследование зубного налета

в) исследование твердых тканей зубов

г) исследование слюны

д) все вышеперечисленное

002. О необходимости упорядочить прием сладкого свидетельствуют

а) повышенная скорость отложения зубного налета

б) повышенный уровень сахара в слюне

после нагрузки удерживается долго

в) РН слюны отклонена в кислую сторону

г) проницаемость эмали высокая

д) все перечисленные показатели

003. Фтор обладает следующими функциями

а) снижает кислотообразующие свойства бактерий

б) увеличивает рем-реактивность слюны

в) активно включается в структуру гидрооксиапатита эмали

г) является катализатором обменных процессов "эмаль-слюна"

д) всеми перечисленными

004. Образованию кислоты в полости рта способствуют

а) пищевые остатки

б) микроорганизмы полости рта

в) зубной налет

г) чрезмерное употребление углеводов

д) все перечисленное

005. Какие из перечисленных показателей можно считать главным

в оценке эффективности вторичной профилактики кариеса

временных зубов в ДДУ?

а) стабилизация интенсивности кариеса

б) уменьшение числа осложнений кариеса

в) снижение числа вторичного кариеса

г) все перечисленне медицинские аспекты

д) уменьшение затрат времени врача на санацию полости рта детей

006. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ

можно отнести регион с КПУ = 6.6 у детей 12 лет?

а) низкой

б) средней

в) определить нельзя

г) очень высокой

д) высокой

007. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ

можно отнести детей 12 лет с КПУ = 6.5?

а) очень высокой

б) средней

в) высокой

г) низкой

д) определить нельзя

008. В каких из перечисленных групп детей в возрасте 7 лет

имеются показания к первичной профилактике кариеса зубов?

а) I степень активности

б) II степень активности

в) III степень активности

г) дети, имеющие КПУ = 0

д) здоровые дети

009. Для объективной оценки эффективности гигиены полости рта

наиболее подходит

а) индекс окрашивания по Федорову-Володкиной

б) подбирается индивидуально

в) упрощенный индекс ВОЗ

г) полный индекс ВОЗ

д) периодический индекс ВОЗ

010. В каких из перечисленных групп детей в возрасте 12 лет

имеются показания к первичной профилактике кариеса постоянных зубов?

а) степень активности кариеса

б) II степень активности кариеса

в) III степень активности кариеса

г) дети, имеющие КПУ=0

д) здоровые дети

011. Показателем, характеризующим эффективность плановой санации,

является

а) увеличение % ранее санированных

б) уменьшение % нуждающихся в санации

в) уменьшение количества осложненного кариеса на 1000 осмотренных

г) уменьшение количества удаленных постоянных зубов

на 1000 осмотренных

д) все

012. Из анамнеза ребенка с гипоплазией постоянных зубов

необходимо обратить внимание

а) на состояние здоровья матери в период беременности

б) на здоровье ребенка на первом году жизни

в) на наличие у матери проф.вредностей

г) на характер течения родов

д) на все перечисленные выше моменты

013. Тестами, которые целесообразно включить в комплексное обследование

ребенка для определения индивидуальной программы

профилактики кариеса, являются

а) тест кислотной резистентности эмали

б) гигиенический индекс

в) РН-налета

г) определение тягучести и вязкости слюны

д) все перечисленные выше

014. Какие рекомендации необходимо дать родителям ребенка 1.5 лет,

имеющему пятна и множественные дефекты твердых тканей

на фронтальных зубах

а) обычная гигиена полости рта

б) гигиена полости рта с кальцийсодержащим раствором

в) рациональное употребление углеводов

г) прием фторсодержащих таблеток

д) гигиена полости рта с фторсодержащей пастой

015. В каких случаях при наличии на эмали зубов показана ремтерапия?

а) флюороз

б) мраморная эмаль

в) гипоплазия системная

г) очаговая деминерализация

д) гипоплазия местная (очаговая)

016. Наиболее прочно герметизирует фиссуры

а) амальгама

б) стеклоиономерный цемент

в) композиционный материал

г) фтористый фосфат-цемент

д) твердеющий лак

017. Укажите наиболее простую и эффективную методику

подготовки зубов к аппликационной терапии

а) гигиентическая обработка зубов специальным абразивным порошком

б) обработка зубов 2% раствором перекиси водорода

в) гигиеническая обработка зубов с помощью зубной щетки и пасты

г) гигиеническая обработка зубов

специальными приспособлениями и инструментами

д) все перечисленные выше

018. Назовите наиболее целесообразный период

для первичной эндогенной профилактики кариеса молочных резцов

а) антенатальный период

б) первое полугодие жизни

в) второе полугодие 1-го года жизни

г) второй год жизни

д) не имеет значения

019. Реагенты для определения гигиенического индекса

а) метиленовый синий

б) иодсодержащий раствор

в) таблетки с красителем

г) фуксин

д) любой из перечисленных

020. Срок службы зубной щетки

а) 2 месяца

б) 4 месяца

в) 6 месяцев

г) 1 год

д) определяется индивидуально

021. При очаговой деминерализации наиболее показано

а) препаровка деминерализованной эмали и пломбирование

б) сошлифовка деминерализованной эмали

в) сошлифовка деминерализованной эмали

и покрытие этого участка ремпрепаратом

г) реминерализирующая терапия

д) чистка зубов лечебно-профилактическими зубными пастами

022. Показанием к покрытию зубов фторсодержащими лаками

в лечебных целях является

а) флюороз

б) очаговая деминерализация

в) очаговая гипоплазия

г) поверхностный кариес

д) несовершенный эмелогенез

023. Покрыть зубы фторсодержащими лаками в лечебных целях нужно

а) ежедневно в течение 12-15 дней

б) один раз в месяц

в) один раз в год

г) определяется индивидуально

д) три-четыре сеанса с недельным интервалом

024. Покрытие зубов фторсодержащими лаками

в целях первичной профилактики показано

а) временные зубы в 5-6 лет

б) временные и постоянные зубы на 1-3 году после прорезывания

в) постоянные зубы в 12-15 лет

г) все зубы, имеющиеся во рту при сменном прикусе

д) определяется индивидуально

025. Показанием к заливке фиссур является

а) возраст ребенка

б) глубина фиссур

в) форма фиссур

г) "возраст" зуба

д) все перечисленное

026. Факторы риска кариеса зубов определяются

а) с помощью анамнеза

б) РН-метрия, гигиенический индекс, вязкость слюны и др.

в) клиническое обследование

г) аппаратурные методы исследования

д) определяются индивидуально

027. Гигиеническое обучение и воспитание (ГОиВ)

необходимо начинать

а) с начала прорезывания первых постоянных зубов (5-6 лет)

б) со времени прорезывания всех постоянных зубов (12-13 лет)

в) в возрасте 3-4 года

г) с двух лет

д) в возрасте прорезывания первых временных зубов

028. Наиболее эффективной методикой для профилактики кариеса фиссур

является

а) герметизация композиционными материалами

б) герметизация амальгамами

в) герметизация фторсодержащим цементом

г) покрытие фторлаком

д) определяется индивидуально

029. Какие средства гигиены вы назначите младшему школьнику

с интактными зубами, живущему в местности с оптимальным содержанием

фтора в питьевой воде?

а) лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую фтор

б) гигиенический зубной порошок

в) гигиеническую зубную пасту

г) лечебно-профилактическую зубную пасту,

содержащую фосфорно-кальциевые соли

д) лечебно-профилактическую зубную пасту,

содержащую экстракт лечебных трав

030. Какие средства гигиены вы назначите ребенку

с третьей степенью активности кариеса?

а) солевые зубные пасты

б) лечебно-профилактические зубные пасты,

содержащие соединения фтора

в) лечебно-профилактические зубные пасты,

содержащие экстракты лечебных трав

г) гигиенические зубные пасты-эликсиры

д) не имеет значения

031. При каком заболевании в комплексе проводимых лечебных мероприятий

обязательным является осуществление профессиональной гигиены

полости рта?

а) очаговая деминерализация

б) III степень активности кариеса

в) генерализованный пародонтит

г) зубочелюстные аномалии (ребенок находится на лечении у ортодонта)

д) при всех вышеперечисленных

032. Противопоказаниями к работе турбинной бормашиной являются

а) вскрытие пульповой камеры при периодонтите

б) вскрытие пульповой камеры при пульпите

в) препарирование дна и стенок кариозной полости

с живой пульпой без водяного охлаждения

г) удаление нависающих краев кариозной полости с живой пульпой

д) удаление плобмы

033. Наиболее эффективными методами лечения гипоплазии твердых тканей

фронтальных постоянных зубов у детей являются

а) протезирование,

покрытие гипоплазированных зубов фарфоровыми коронками

б) протезирование гипоплазированных зубов пластмассовыми коронками

в) косметическое пломбирование композиционными материалами

г) косметическое пломбирование иономерными цементами

д) метод выбирается индивидуально

034. Оптимальная концентрация фтора в питьевой воде

(в умеренных широтах) по гостстандарту

а) 0.3-0.8 мг/л

б) 0.5-0.9 мг/л

в) 1.0-1.2 мг/л

г) 2.0-3.0 мг/л

д) свыше 6.0 мг/л

035. Электроодонтодиагностика на молярах при возможности проводится

а) с фиссуры

б) пришеечная область

в) с линии экватора зуба

г) с вершины переднещечного бугра

д) с вершины заднещечного бугра

Ситуационная задача (036-042)

Во время санации полости рта у ребенка 10 лет

на вестибулярной поверхности в пришеечной области 21 = 12 обнаружены

меловидные пятна. Поверхность эмали матовая, гладкая,

болезненной реакции на температурные раздражители нет.

КПУ + кп = 6,гигиенический индекс = 2. Прикус прогнатический.

Ребенок родился в срок, рос и развивался в соответствии с возрастом.

На первом году жизни часто болел ОРЗ, перенес ветряную оспу.

036. Предполагаемый диагноз -

а) системная гипоплазия эмали

б) флюороз

в) начальный кариес

г) очаговая гипоплазия эмали

д) эрозия эмали

037. Какие дополнительные данные скорее всего подтвердят диагноз?

а) рентгенологическое исследование

б) данные анамнеза

в) метод прижизненной окраски

г) ЭОД

д) стоматоскопия в ультрафиолетовом свете

038. В первую очередь следует провести

а) сошлифовывание поврежденного участка эмали

б) реминерализирующую терапию препаратами кальция и фтора

в) тщательную гигиену полости рта

с использованием лечебно-профилактических зубных паст

г) иссечение пораженного участка с последующим пломбированием

д) лечебное питание

039. Дополнительно необходимо назначить

а) лечебное питание

б) внутрь препараты кальция и фтора

в) гигиену полости рта с лечебно-профилактической пастой

г) витаминотерапию

д) реминерализующую терапию с препаратами кальция и фтора

040. Фактором, активизирующим возникновение заболевания, является

а) перенесенные соматические заболевания

б) избыточное содержание фтора в питьевой воде

в) избыточное употребление углеводов

г) плохое гигиеническое состояние полости рта

д) наследственный фактор

041. Фактором, ведущим в патогенезе данного заболевания, является

а) дисминерализация

б) ремминерализация

в) деминерализация

г) разрушение белков эмали

д) разрушение углеводов эмали

042. Электроодонтодиагностика в кариозном зубе проводится

а) с поверхности пломбы

б) со стенок кариозной полости

в) со дна кариозной полости

г) с эмалево дентинной границы

д) с эмали нависающего края кариозной полости

Ситуационная задача (043-048)

Ребенок 13 лет обратился к врачу с жалобами на наличие белых пятен

на зубах. При осмотре: на всех поверхностях зубов имеются белые пятна.

Поверхность блестящая, гладкая. КПУ - 1. Гигиенический индекс = 2.

Ребенок родился в срок, рос и развивался в соответствии с возрастом.

На первом году жизни перенес отит. Часто болел ОРЗ.

043. Предполагаемый диагноз -

а) очаговая деминерализация

б) очаговая гипоплазия

в) флюороз

г) системная гипоплазия

д) эрозия эмали

044. Скорее всего подтвердят диагноз следующие дополнительные данные

а) метод прижизненной окраски

б) рентгенологическое исследование

в) ЭОД

г) данные анамнеза

д) исследование с помощью оптики

045. В первую очередь следует назначить больному

а) ремтерапию с препаратами Са и F

б) сошлифование пораженных участков

в) гигиену полости рта

с использованием лечебно-профилактических зубных паст

г) лечебное питание

д) ограничение поступления фтора в организм

046. Дополнительным лечением в данном случае может быть

а) ремтерапия с использованием Са и F

б) дефторирующая терапия

в) общеукрепляющая терапия

г) витаминотерапия

д) гигиена полости рта с использованием гигиенических зубных паст

047. Этиологическим фактором,

сыгравшим ведущую роль в возникновении заболевания, является

а) плохое гигиеническое состояние полости рта

б) наследственный фактор

в) избыточное содержание фтора в питьевой воде

г) перенесенные соматические заболевания

д) избыточное употребление углеводов

048. Ведущим фактором в патогенезе данного заболевания является

а) деминерализация

б) разрушение белков эмали

в) реминерализация

г) дисминерализация

д) разрушение углеводов эмали

049. Порог возбуждения здоровой пульпы сформированного зуба

при электроодонтодиагностике

а) 2-6 мкА

б) 20-30 мкА

в) 35-45 мкА

г) 60-80 мкА

д) 100-150 и более мкА

Ситуационная задача (050-055)

При санации полости рта у ребенка 8 лет обнаружены белые пятна

на вестибулярной поверхности в области режущего края

и жевательной поверхности ┌6. На жевательных поверхностях

КПУ + кп = 8. Гигиенический индекс = 2.

Ребенок родился в срок с малым весом. Перенес желтуху новорожденного,

пневмонию.

050. Предполагаемый диагноз

а) системная гипоплазия эмали

б) флюороз

в) начальный кариес

г) очаговая гипоплазия эмали

д) эрозия эмали

051. Скорее всего подтвердят диагноз данные

а) рентгенологического исследования

б) метода прижизненной окраски

в) данные анамнеза

г) ЭОД

д) стоматоскопии

052. В первую очередь следует назначить

а) сошлифование пораженного участка

б) ремтерапию с препаратами Са и F

в) иссечение пораженного участка и пломбирование

г) лечебное питание

д) гигиену полости рта с лечебно-профилактическими зубными пастами

053. Дополнительно необходимо назначить

а) пломбирование (восстановление коронки зуба)

б) препараты Са, Р, F внутрь

в) дефторирующую терапию

г) лечебное питание (ограничение углеводов)

д) ремтерапию

054. Этиологическими факторами,

сыгравшими роль в возникновении заболевания, являются

а) перенесенные соматические заболевания на 1-м году жизни

б) избыточное употребление углеводов

в) плохое гигиеническое состояние

г) наследственный фактор

д) повышенное содержание фтора в питьевой воде

055. Ведущим фактором в патогенезе данного заболевания является

а) дисминерализация

б) порок формирования

в) деминерализация

г) разрушение белков и углеводов эмали

д) реминерализация

056. Какое вещество следует применять для внутриканального электрофореза

во фронтальных зубах?

а) трипсин

б) дистиллированную воду

в) азотнокислое серебро

г) иодистый калий

д) фурагин

Ситуационная задача (057-061)

Во время санации полости рта ребенка 14 лет на вестибулярной

поверхности в пришеечной области 4 3 2 1  1 2 3 4 обнаружены

меловидные пятна. Поверхность эмали матовая, пористая, КПУ = 5,

гигиенический индекс = 2. Находится на ортодонтическом лечении

по поводу глубокого травмирующего прикуса.

Проба Шиллера-Писарева положительная. Ребенок родился в срок,

рос и развивался в соответствии с возрастом.

На первом году жизни перенес дважды отит, болел ОРЗ.

057. Предполагаемый диагноз

а) начальный кариес

б) очаговая деминерализация

в) флюороз

г) системная гипоплазия эмали

д) эрозия эмали

058. Скорее всего подтвердят диагноз данные

а) метода прижизненной окраски

б) анамнеза

в) рентгенологического исследования

г) визуального исследования после гигиенической обработки

д) ЭОД

059. В первую очередь следует назначить ребенку

а) реминерализирующую терапию с препаратами Са и F

б) тщательную гигиену полости рта

с использованием лечебно-профилактических зубных паст

в) сошлифование пораженного участка эмали

г) лечебное питание

д) внутрь препараты Са, Р и F

060. Дополнительно необходимо провести

а) ремтерапию с препаратами Са и F

б) витаминотерапию

в) лечебное питание

г) гигиену полости рта с лечебно-профилактическими зубными пастами

д) ультрафиолетовое облучение

061. Ведущим фактором в патогенезе данного заболевания является

а) дисминерализация

б) деминерализация

в) разрушение белков эмали

г) реминерализация

д) разрушение углеводов эмали

Ситуационная задача (062-065)

Ребенок 13 лет нормального телосложения, пониженного питания.

Кожные покровы бледные. На коже лица себорейные угри.

Кожные покровы бледные. Волосы тусклые, ломкие.

Жалобы на быстрое, малоболезненное разрушение зубов.

Боль в зубах при приеме холодной и сладкой пищи, при чистке зубов.

Десны кровоточат. Запах изо рта.

Данные объективного исследования: хронический катаральный гингивит,

проба Шиллера-Писарева положительная. Индекс РМА = 16.

Индекс КПУ = 14. КПУ поверх.=30. Кариозные полости расположены

в пришеечной области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти.

На вестибулярной поверхности и в пришеечной области

наряду с запломбированными и незапломбированными зубами

маловидные пятна.

062. Предполагаемый диагноз

а) флюороз

б) системная гипоплазия

в) начальный кариес

г) цветущий кариес

д) III степень активности кариеса

063. Дополнительным методом исследования,

скорее всего подтверждающим диагноз, является

а) визуальное исследование с подсчетом индексов КПУ

б) исследование с помощью волоконной оптики

в) рентгенологическое исследование

г) метод прижизненной окраски

д) стоматоскопия в ультрафиолетовом свете

064. В первую очередь следует назначить

а) общеукрепляющую терапию

б) санацию полости рта

в) гигиену полости рта

с использованием лечебно-профилактических средств

г) реминерализующую терапию

д) витафтор, препараты фтора, кальция, фосфора

065. Какое дополнительное лечение можно применить в данном случае?

а) лечебное питание с преобладанием белков и минеральных солей

б) витаминотерапию

в) реминерализующую терапию

г) санацию полости рта

д) все перечисленное выше

066. Причинами гипоплазии тканей временных зубов являются

а) пониженное содержание фтора в питьевой воде

б) отягощенная наследственность

в) замедленное прорезывание зубов

г) кариесогенные факторы

д) нарушение внутриутробного развития зубочелюстной системы

067. Клиническими формами, общими для гипоплазии и кариеса, являются

а) пятно

б) изменение формы

в) аплазия эмали

г) полосы

д) все перечисленные выше

068. При системной гипоплазции эмали чаще поражены

а) все молочные зубы

б) все постоянные зубы

в) молочные резцы

г) постоянные премоляры

д) группа зубов одного периода минерализации

069. Причинами, чаще всего приводящими к системной гипоплазии

, являются

а) заболевания матери в период беременности

б) заболевания ребенка (рахит, диспепсия) на 1-м году жизни

в) отсутствие гигиены полости рта

г) распространение воспаления от корней молочных зубов

на зачаток постоянного зуба

д) вколоченный вывих молочного зуба

с внедрением в фолликул постоянного

Раздел 5

КАРИЕС ЗУБОВ

001. Наиболее рациональным методом лечения начального кариеса является

а) иссечение патологически измененных тканей

с последующим пломбированием

б) аппликация ремминерализующих растворов

в) электрофорез препаратов кальция и фтора

г) гигиена полости рта

с использованием лечебно-профилактических зубных паст

д) все перечисленное выше

002. Укажите наиболее эффективный и доступный метод диагностики

очаговой деминерализации

а) визуальный метод

б) метод витальной окраски

в) метод рентгенологического исследования

г) метод волоконной оптики

д) все перечисленные

003. Наиболее эффективной методикой при лечении среднего кариеса

у детей с третьей степенью активности является

а) применение кальцийсодержащих препаратов

в виде лечебной прокладки перед устранением дефекта

постоянным пломбировочным материалом

б) применение лечебной прокладки из фосфатцемента,

содержащего серебро

в) применение в первое посещение раствора антибиотиков

под временную повязку, а во второе посещение -

кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки

г) отсроченный метод лечения, заключающийся в наложении

эвегеноловой пасты, сроком на 1-1.5 мес.

д) не названа

004. Достаточным для практической работы врача

методом определения активности кариеса зубов у детей является

а) гигиенический индекс

б) ЦРТ-тест

в) индексы КПУ, кп, КПУ+кп

г) лактобациллен тест

д) все вышеперечисленные

005. При диагностике кариеса к рентгенологическому исследованию прибегают

а) для диагностики скрытых кариозных полостей

б) для определения глубины распространения кариозного процесса

в) для диагностики вторичного кариеса

г) для диагностики кариеса у детей с пороками формирования зубов

д) при всех перечисленных выше ситуациях

006. Наиболее часто в молочных зубах встречается

а) глубокий кариес

б) кариес в стадии пятна

в) средний кариес

г) поверхностный кариес

д) все вышеперечисленное

007. Для обработки кариозной полости при глубоком кариесе

при третьей степени активности применяется

а) перекись водорода, хлорамин

б) камфора-фенол, эвгенол

в) спирт, эфир

г) раствор антисептиков

д) воздух

Ситуационная задача (008-010)

Ребенок в возрасте 9 лет обратился к врачу с жалобами на боли

от температурных раздражителей. Ребенок часто болеет

респираторными заболеваниями. Объективно: КПУ = 5; кп = 3.

На жевательной и медиальной поверхностях ┌6 - кариозная полость,

с подрытыми краями выполнена влажным размягченным дентином.

При механической обработке полости болезненность по эмалеводентинной границе, дентин снимается пластами, дно полости безболезненно,

реакция на температурный раздражитель быстро проходящая.

008. Предполагаемый диагноз

а) I степень активности кариеса, ┌6 средний кариес

б) II степень активности кариеса, ┌6 глубокий кариес

в) III степень активности кариеса, ┌6 глубокий кариес

г) III степень активности кариеса, ┌6 средний кариес

д) II степень активности кариеса, ┌6 глубокий кариес

009. Показан следующий метод лечения

а) формирование кариозной полости, прокладка фосфат-цемент

и восстановление анатомической формы зуба

б) формирование кариозной полости, прокладка фосфат-цемент

с серебром и восстановление анатомической формы зуба

в) формирование кариозной полости, кальцийсодержащая прокладка

и восстановление анатомической формы зуба

г) щадящее препарирование кариозной полости,

закрытие цинкэвгенольной пастой на 1-1.5 месяца

д) не названо

010. Какое дополнительное лечение следует применять в данном случае?

а) ремтерапию препаратами Са и F

б) таблетки фтористого натрия

в) гигиену полости рта с лечебно-профилактическими пастами

г) лечебное питание

д) препараты Са внутрь

011. Кариес может возникнуть в результате действия таких причин как

а) оптимальное содержание фтора в питьевой воде

б) отягощенная наследственность

в) замедленное прорезывание зубов

г) кариесогенные факторы

д) нарушение внутриутробного формирования челюстной системы плода

012. Какой из цинк-фосфатных цементов или его аналогов обладает

свойством химического соединения с кальцием твердых тканей зуба?

а) висфат

б) поликарбоксилатный цемент

в) цемент-фосфат, содержащий серебро

г) бактерицидный цемент

д) фосфат-цемент для фиксации несъемных протезов

013. Можно ли использовать как прокладку цинк-фосфатный цемент,

содержащий серебро, на фронтальную группу зубов

под силикатные материалы, акриловые пластмассы

или композиционные материалы?

а) можно

б) нельзя

в) можно, т.к. материал обладает повышенной адгезией к тканям зуба

и механической прочностью

г) можно, т.к. цемент, содержащий серебро,

предотвращает развитие вторичного кариеса зубов

д) можно, т.к. это единственный материал,

обладающий олигодинамическим воздействием на окружающие ткани

014. Завершающую обработку пломбы из композиционного материала

после полимеризации можно начинать

а) непосредственно сразу

б) через 1 минуту

в) через 2 минуты

г) через 6-10 минут

д) через 24 часа

015. Подлежат ли тщательному моделированию силикатные пломбировочные

материалы после их внесения в подготовленную кариозную полость зуба?

а) силикатные материалы подлежат тщательному моделированию,

т.к. время схватывания этих материалов вполне достаточно

б) силикатные материалы не подлежат тщательному моделированию,

т.к. при проведении этих манипуляций образуется

множество невидимых мелких трещин, приводящих в последующем

к повышенной растворимости материалов

в) т.к. силикатные материалы имеют короткий период пластичности,

они не подлежат тщательному моделированию

г) любое моделирование силикатных материалов приводит

к нарушению процесса схватывания

д) тщательное моделирование пломбы из силикатных материалов

необходимо, т.к. экономит время врача при отсроченной обработке

016. Чтобы тщательно перемешать адгезионные смолы (типа "Стомадент")

перед нанесением на протравленную эмаль достаточно

а) 10 секунд

б) 30 секунд

в) 1 минута

г) 5 секунд

д) 2 минуты

017. Правильный и рациональный выбор постоянного пломбировочного

материала для лечения кариеса зубов у детей зависит

а) от степени активности кариеса зубов у детей

б) только от физико-механических свойств применяемого материала

в) зависит от расположения полости на поверхности зуба

(учитывая классификацию Блэка)

г) зависит от степени токсичности пломбировочного материала

д) зависит от возраста ребенка

018. Сочетание достаточной прочности и эстетичности после полимеризации

будет иметь композиционный материал,

а) имеющий макронаполнитель

б) имеющий микронаполнитель

в) имеющий гибридный наполнитель

г) имеющий микрогибридный наполнитель

д) не назван

019. Наиболее правильной методикой приготовления цинк-фосфатных цементов

перед замешиванием является

а) цинк-фосфатные цементы перед замешиванием наносятся на гладкую

поверхность стекла в количестве не менее 2-х капель жидкости

(0.5 см3) и соответственно порошка при приготовлении

минимальной величины пломбы или прокладки

б) цинк-фосфатные цементы приготавливают

на шероховатой поверхности стекла в количестве

не менее 2-х капель жидкости и соответственно порошка

в) процесс приготовления и замешивания на шероховатой или гладкой

поверхности стекла не влияет на качество приготовления материала

г) процесс приготовления и замешивания цинк-фосфатных цементов

допускается по упрощенной произвольной методике применения

д) количество порошка и жидкости при приготовлении цинк-фосфатных

цементов борется произвольно и не зависит от величины пломбы

020. Высокой прочностью обладает композиционный материал,

а) имеющий макронаполнитель

б) имеющий микронаполнитель

в) имеющий гибридный наполнитель

г) имеющий микрогибридный наполнитель

д) не назван

021. Наивысшей эстетичностью обладает композиционный материал,

а) имеющий макронаполнитель

б) имеющий микронаполнитель

в) имеющий гибридный наполнитель

г) имеющий микрогибридный наполнитель

д) не назван

022. Укажите основной недостаток быстротвердеющих акриловых пластмасс

а) трудность моделирования материала

б) несовпадение коэффициента теплового расширения

быстротвердеющих пластмасс и твердых тканей зубов

в) токсичность мономера

г) недостаточная механическая прочность

д) все вышеперечисленное

023. Наиболее эффективной методикой пломбирования

быстротвердеющими пластмассами является

а) приготовленная пластмасса вводится в подготовленную полость

с избытком как по высоте, так и по ширине кариозной полости

с последующим давлением на нее с помощью

различных приспособлений

(целлулоидной пластинки, вкладкой, целлулоидным колпачком и т.д.)

б) быстротвердеющая пластмасса после приготовления вводится

в подготовленную полость без избытка и давления,

но с последующим моделированием контактного пункта

в) приготовленная пластмасса вводится с помощью

так называемого метода напластывания или "кисточкового" метода

г) методика пломбирования быстротвердеющей пластмассой

напоминает методику, приемлемую для различных видов композитов

д) приготовленная масса вводится методом "стечения",

пломба не завышается и тщательно моделируется

024. Быстротвердеющие пластмассы ускоряют полимеризацию

а) при температуре окружающей среды выше 30°С

и недостатке мономера в приготовлении материала

б) при низкой температуре и избытке мономера

в приготовлении материала

в) при низкой температуре окружающей среды и повышенной влажности

г) при высокой температуре окружающей среды

и повышенной влажности

д) при низкой температуре и избытке мономера

в приготовленном материале

025. Нужно ли промывать серебряную амальгаму,

приготовленную из сплава серебряного тонкодисперсного ССТА-01?

а) нужно, т.к. амальгама загрязнена окислами металлов,

способных окрасить в последующем ткани зуба

б) нужно в отдельных случаях

в) не только нужно, но обязательно должна промываться,

т.к. промытая амальгама не только не окрашивает зуб,

но и после полирования имеет приятный металлический блеск,

который и в дальнейшем не меняет окраску

г) нельзя, т.к. влага, попавшая в состав амальгамы,

нарушает качество пломбы

д) нельзя, т.к. это загрязняет окружающую среду

026. Обязательно ли покрытие прокладочного материала в полости зуба

адгезивом перед нанесением композита?

а) обязательно, т.к. увеличивается сила адгезии

пломбировочного материала в этом участке

б) не нужно

в) не имеет значения

г) нужно для некоторых поколений композитов

д) резко ухудшает адгезию материала

027. Кислотное травление эмали применяется

а) для удаления бляшек с поверхности эмали

б) для создания химической адгезии

в) для создания участка микроретенции

г) для улучшения физико-механических свойств материала

д) все вышеперечисленные

028. Для удаления кислоты

(гель для протравливания с поверхности эмали струей воды) необходимо

а) не менее 5 минут

б) время нейтрализации кислоты струей воды

должно соответствовать времени протравливания

в) до 15 секунд

г) длительность времени нейтралицазии кислоты струей воды

с поверхности эмали не имеет значения

д) вообще не требуется промывания

029. Не имеет в своем составе ртути

а) материал ССТА-01

б) галлодент (металлодент)

в) сферический сплав для амальгамы

г) сплав с высоким содержанием меди

д) амальгама без фазы Х-2

030. К наполненным пластмассам относятся

а) норакрил-65

б) акрилоксид, норакрил-100

в) дуракрил

г) стомадент

д) АСТ-2

031. Основным компонентом,

входящим в состав композиционных пломбировочных материалов, является

а) эпоксидные смолы

б) неорганический наполнитель, обработанный силаном

в) индикаторы, стабилизаторы и красители

г) кварц

д) в композиционном материале основного компонента нет

032. Укажите пломбировочный материал для лечения фронтальной группы

постоянных зубов

а) пломбировочные материалы на основе акриловых смол

б) подбирается по индивидуальным показаниям

в) композиционные пломбировочные материалы

г) иономерные цементы

д) силикатные цементы

033. Эффективным пломбировочным материалом

для отсроченного метода лечения глубокого кариеса

при III степени активности кариозного процесса является

а) кальмецин

б) цинк-фосфат, содержащий серебро

в) эвгеноловая паста

г) бактерицидный цемент

д) фтор цемент

034. Рабочее время композиционных материалов химической полимеризации можно регулировать

а) путем введения в материал адгезива

б) изменением соотношения при замешивании (базис: катализатор)

в) охлаждением композиционного материала

г) этого нельзя делать,

кроме случаев специально оговоренных инструкцией

д) нагреванием композиционного материала

035. Наиболее длительной бактерицидностью обладает

а) резорцин-формалиновая паста

б) серебряная паста Гениса

в) эвгеноловая паста

г) эндометазоновая паста

д) паста АН-26

036. Какой их перечисленных пломбировочных материалов

для корневых каналов зубов содержит в своем составе эпоксидную смолу?

а) парацин

б) цебанит

в) эндодент

г) эндометазон

д) гуттаперча

037. Какая из паст для корневых каналов зубов с незаконченным ростом

корней и сохранением ростковой зоны является

наиболее эффективной при лечении хронических периодонтитов

постоянных зубов у детей?

а) резорцин-формалиновая паста

б) серебряная паста Гениса

в) эвгеноловая паста

г) кальмецин

д) ни одна из перечисленных

038. Какой из пломбировочных материалов не может быть применен

для пломбирования корневых каналов фронтальной группы зубов?

а) гуттаперчевый штифт

б) эндодент

в) парацин

г) цинк-фосфат

д) эндометазоновая паста

039. Укажите наиболее рациональный пломбировочный материал

для лечения среднего кариеса (I класс, моляр)

при I степени активности кариеса

а) серебряная амальгама

б) пломба на основе акриловой пластмассы

в) пломба из галлодента

г) пломба из композиционного материала

д) пломба из керментного цемента

040. Какова рекомендуемая площадь протравливаемой эмали

при восстановлении зуба по IV классу,

необходимая для хорошей фиксации пломбы?

а) 1 мм

б) 2 мм

в) 1/2 от ширины пломбы

г) прямо пропорционально величине пломбы, но не менее 2 мм

д) ни один из вышеперечисленных

041. Рекомендуется ли по современной методике препарирования полостей

для композиционных материалов закруглять внутренние углы полостей?

а) допускается произвольное препарирование

б) необходимо закруглять внутренние углы полостей

в) необходимо строгое соблюдение правил препаровки по Блэку

г) закругление внутренних углов полостей не имеет значения

д) ни одна из вышеперечисленных

042. Правильным методом приготовления пломбировочного материала ССТА-01

является

а) дозирование порошка и ртути на глаз, отжимание, промывание

б) измерение материала дозаторами для порошка

и ртути в специальные ампулы, приготовление в амальгамосмесителе,

отжимание

в) измерение материалов дозаторами для порошка и ртути

в специальные ампулы, приготовление в амальгамосмесителе,

обработка материала в хирургической резиновой перчатке

г) измерение материала дозаторами для порошка

и ртути в специальные ампулы, приготовление в амальгамосмесителе,

промывание

д) ни один из перечисленных

043. Укажите наиболее быстрый, эффективный и косметический метод

устранения дефектов твердых тканей зуба

(пример: IV класс на фронтальном резце верхней челюсти)

а) устранение дефекта армированной вкладкой,

выпиленной из гарнитурного зуба

б) устранение дефекта композиционным материалом

в) предварительное снятие слепка, изготовление вкладки в лаборатории

и фиксации ее на фосфат цемент

г) устранение дефекта пломбированием

акриловым пломбировочным материалом

д) ни один из перечисленных

044. За счет чего пульпа может погибнуть после применения

силикатных пломбировочных материалов,

если допущена погрешность в правильном наложении

прокладочного материала?

а) за счет действия мышьяка, входящего в состав силикатных цементов

б) за счет свободных фосфорных кислот

в) за счет диффузии через пломбу различных вредных веществ из слюны

г) за счет фосфорных соединений,

входящих в состав силикатных цементов

д) ни один из перечисленных

045. Потребность избыточного наложения пластмассы

при пломбировании кариозных полостей вызвана

а) чем больше объем быстротвердеющей пластмассы,

тем выше экзотермическая реакция полимеризации

и тем меньше остаточного мономера

б) избыток материала дает возможность

более качественного моделирования плломбы во время ее обработки

и создания хороших контактных пунктов в полостях II класса

в) избыток быстротвердеющей пластмассы в кариозной полости

не дает возможности отрыва материала в местах краевого прилегания,

при прохождении им стадии "сокращения"

в момент полимеризации пломбы

г) все вышеперечисленное

д) не названа

046. Герметики-силанты применяются

а) только с профилактической целью

б) только с лечебной целью

в) с лечебно-профилактической целью

г) с эстетической целью

д) ни одна из выше перечисленных

047. Основным удерживающим моментом герметиков-силантов

в фиссурах зубов является

а) механическая микроретенция

(проникновение материала в протравленную кислотой эмаль)

б) химическое соединение с твердыми тканями зубов

в) удержание за счет неровностей и углублений в фиссурах

г) удержание за счет правильно сформированной полости зуба

д) ни один из выше перечисленных

048. Пломбировочный материал "Витакрил" относится

а) к композиционным пломбировочным материалам

б) к иономерным цементам

в) к ненаполненным пластмассам

г) к быстротвердеющим акриловым пластмассам

д) ни к одним из перечисленных выше

049. В состав жидкости иономерных цементов входит

а) высокомолекулярная полиакриловая кислота

б) низкомолекулярная полиакриловая кислота

в) эпоксидные смолы

г) органические кислоты

д) ни одна из перечисленных выше

050. Возможно ли применение иономерных цементов

с целью герметизации фиссур у детей?

а) возможно, т.к. материал химически соединяется с тканями зуба

б) невозможно,

т.к. материал плохо адгезируется с твердыми тканями зубов

в) невозможно, т.к. обладает малой прочностью

г) возможно только в случаях

неполностью сформированных фиссур у детей

д) невозможно,

т.к. иономерные цементы обладают повышенной токсичностью

051. Какой из перечисленных пломбировочных материалов

наиболее эффективно предотвращает развитие вторичного кариеса зубов?

а) цинкфосфатцемент, содержащий серебро

б) эвикрол

в) силицин

г) амальгама

д) все вышеперечисленные

052. Укажите наиболее эффективный пломбировочный материал

(из перечисленных) для пломбирования фронтальной группы зубов

при декомпенсированной форме кариеса

а) пломбировочные материалы на основе акриловой смолы

б) силико-фосфатные пломбировочные материалы

в) фторсодержащие цементы

г) композиционные пломбировочные материалы

д) все вышеперечисленные

053. Наиболее эффективным материалом для изоляции пломбы от слюны

является

а) воск

б) гидроксил-силиконовая паста

в) эпоксидный лак

г) вазелин

д) все одинаковы

054. Материал для лечения глубокого кариеса должен обладать

а) хорошей пластичностью, быстрым твердением

б) быть механически прочным, высоко адгезивным

в) противовоспалительным и одонтотропным действием

г) не обладать пористостью

д) не обладать токсичностью

Раздел 6

ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. ЭНДОДОНТИЯ

001. Защитные свойства пульпы обеспечивают

а) коллагеновые волокна

б) нервные элементы

в) одонтобласты

г) кровеносные сосуды

д) эластические волокна

002. Большой процент несовпадений

клинического и гистологического диагноза пульпита объясняется

а) несовершенством методов диагностики пульпитов

б) поздним обращением больных

в) закрытой полостью зуба

г) гиперэргическим характером воспалений

д) не назван

003. Осложнения, возникшие при биологических методах лечения пульпита,

связаны

а) с ошибками диагноза

б) с неправильным выбором лекарственного препарата

в) с плохой фиксацией пломбы

г) с нарушением правил антисептики

д) со всем перечисленным

004. Укажите наиболее рациональный метод лечения

острого воспаления пульпы в постоянных зубах

с незаконченным ростом корней и степенью активности кариеса

а) биологический метод

б) метод, предусматривающий удаление всей пульпы

в) метод прижизненной ампутации

г) метод девитальной ампутации

д) не назван

005. Укажите наиболее рациональный и эффективный метод лечения

воспаления пульпы временных зубов у детей в возрасте от 4 до 7 лет

а) биологический метод

б) метод девитализации с последующей мумификацией

в) метод прижизненной ампутации

г) метод полного удаления пульпы (экстирпация)

д) не назван

006. Какая из методик наиболее целесообразна и эффективна

при применении диатермокоагуляции в тонких корневых каналах зубов

у детей?

а) ввести тонкий ручной дриль до верхушки корня зуба,

а затем коснуться активным электродом к ручке ручного дильбора,

т.е. использовать передачу "тока с металла на металл"

б) ввести на величину прохождения тонкий пульпоэкстрактор,

а затем провести диатермокоагуляцию передачей тока

"с металла на металл"

в) продвигая корневую иглу активного электрода диатермокоагулятора,

провести последовательную коагуляцию пульпы

на протяжении всего корневого канала

г) удалить пульпу из корневого канала,

а затем активным электродом провести диатермкоагуляцию

д) ни одна из перечисленных методик

007. Какой из методов лечения воспаления пульпы постоянных зубов у детей

предусматривает сохранение жизненности корневой пульпы?

а) биологический метод

б) метод прижизненной ампутации

в) метод девитальной ампутации

г) комбинированные методы

д) не назван

008. Какой из методов приготовления инструментов

для проведения прижизненной ампутации

является наиболее простым и эффективным?

а) приготовление заранее всех инструментов и материалов

в специальной матерчатый пакет

б) приготовление всех инструментов и материалов

непосредственно в то время, когда пришел больной

в) приготовление заранее инструментов и материалов

в стоматологический лоток

г) материалы приготовить заранее в стеклянных баночках

д) не назван

009. Ведущим при проведении метода прижизненной ампутации является

а) хорошее качество обезболивания

б) качественное проведение этапа ампутации пульпы

в) готовность к методу (инструменты, материалы и т.д.)

г) хорошее знание этапов проведения методов

д) все вышеперечисленное

010. Укажите, какой из перечисленных этапов метода прижизненной ампутации

наиболее важный для достижения цели этого метода?

а) формирование кариозной полости

б) ампутация пульпы

в) правильное и качественное наложение лекарственных препаратов

г) снятие крыши полости зуба

д) все вышеперечисленное

011. Ведущей причиной, указывающей на ограниченность применения

биологического метода лечения воспаления пульпы молочных зубов

в широкой стоматологической практике, является

а) отсутствие объективных тестов для диагностики пульпитов

молочных зубов, позволяющих определить характер

и степень распространения патологического очага

б) недостаточная эффективность методов обезболивания,

позволяющих безболезненно обрабатывать кариозную полость,

а также при необходимости ампутировать коронковую часть пульпы

в) отсутствие надежных пломбировочных материалов,

позволяющих при относительно небольших дефектах

коронок молочных зубов изолировать пульпу

от вторичного инфицирования

г) все вышеперечисленные причины

д) не названа

012. Дифференциальным симптомом между острым пульпитом

и периодонтитом временного зуба является

а) боль от температурных раздражителей

б) боль при касании языком, инструментом и малейшей перкуссии зуба

в) наличие вскрытой полости зуба

г) наличие закрытой полости зуба

д) не названы

013. Наиболее эффективнм методом при лечении воспаления

пульпы постоянных зубов у детей с неполностью сформированной

верхушкой корня является

а) метод диатермокоагуляции

б) метод прижизненной ампутации коронковой пульпы

в) метод глубокой ампутации

г) метод девитальной ампутации

д) метод прижизненной экстирпации

Ситуационная задача (014-016)

Ребенку 4 года. Жалобы на острые самопроизвольные боли в области ┌IV

с короткими светлыми промежутками в течение ночи,

на боли от холодного и горячего, а также на боли при накусывании.

Объективно: у ребенка декомпенсированная форма кариеса (КПУ=9).

Ребенок бледный, рот приоткрыт, усиленное слюноотделение,

с ┌IV имеется глубокая кариозная полость, выполненная большим

количеством размягченного дентина. После снятия экскаватором дентина

зондирование дна кариозной полости болезненно.

Перкуссия резко болезненная. Десна в области ┌IV

слегка гиперемирована, при пальпации болезненна.

014. Предполагаемый диагноз

а) острый периодонтит

б) острый тотальный пульпит

в) обострение хронического периодонтита

г) острый частичный серозный пульпит

д) ни один из перечисленных выше

015. Скорее всего подтвердит диагноз

а) реакция на температурные раздражители

б) рентгенологическое исследование

в) ЭОД

г) анализ крови

д) ни один из перечисленных

016. В первую очередь следует предпринять

а) вскрытие полости зуба с девитализацией пульпы

б) вскрытие полости зуба с мумификацией пульпы

в) вскрытие полости зуба с наложением противовоспалительных средств

(антибиотики, кортикостероиды и т.д.)

г) вскрытие полости зуба (зуб оставить открытым)

д) удаление зуба

Ситуационная задача (017-019)

Ребенок 8 лет обратился с жалобами на периодические самопроизвольные

боли в 6┐. Боли чаще возникали после приема пищи,

но после тщательного полоскания рта проходили.

Объективно: у ребенка декомпенсированная форма кариеса.

В 6┐ аппроксимальная кариозная полость, заполненная остатками пищи

и размягченным дентином. Реакция на температурные раздражители

болезненная. Перкуссия безболезненная. После удаления остатков пищи

и частично размягченного дентина зондирование болезненно

в одной точке.

На рентгенограмме имеется сообщение кариозной полосы

с полостью зуба; патологических изменений в периодонте нет.

Степень формирования корней соответствует возрасту.

017. Предполагаемый диагноз

а) острый общий серозный пульпит

б) хронический пролиферативный пульпит

в) хронический гангренозный пульпит

г) хронический простой пульпит

д) обострение хронического пульпита

018. Скорее всего подтвердит диагноз

а) ЭОД

б) рентгенологическое исследование

в) анализ крови

г) кратковременная боль на температурные раздражители

д) ни один из вышеперечисленных

019. В первую очередь необходимо назначить

а) девитализацию пульпы

б) биологический метод

в) метод прижизненной ампутации

г) метод прижизненной экстирпации

д) метод девитальной ампутации

020. Какой прогноз или исход является желаемым

при правильном выборе лечения?

а) завершение формирования корня зуба

б) формирование корня зуба за счет одного цемента

в) гиперцементноз верхушки корня зуба

г) закрытие корня зуба без завершения роста в длину

д) стабилизация первоначальной ситуации

021. После лечения пульпита у ребенка методом девитальной ампутации

с проведением резорцин-формалинового метода в зубе отмечается

боль от холодного, горячего, при накусывании на зуб.

Боли возникли за счет

а) грубой механической травмы пульпы при лечении

б) раздражения пульпы медикаментами

в) некроза пульпы

г) хронического воспаления корневой пульпы

д) распада корневой пульпы

022. Предпочтительным методом лечения при хроническом пульпите

в стадии обострения у ребенка 5 лет является

а) биологический метод

б) витальная ампутация коронковой пульпы

в) высокая ампутация

г) девитальная ампутация

д) девитальная экстирпация

023. Предпочтительным методом лечения у ребенка 7 лет,

страдающего хронической пневмонией, повышенной чувствительностью

к лекарственным препаратам, при хроническом фиброзном пульпите в ┌IV

является

а) биологический метод

б) витальная ампутация

в) девитальная ампутация

г) девитальная экстирпация

д) удаление зуба

024. Основными свойствами коллагеновых волокон периодонта являются

а) они удерживают зуб в правильном положении,

равномерно распределяя давление на стенки альвеолы

б) они способны набухать в кислой среде, ощелачивая ее

и создавая благоприятные условия для фагоцитоза при воспалении

в) они обеспечивают физиологическую подвижность зуба,

устойчивы к переваривающему действию тканевых ферментов

и играют большое значение в репаративных процессах

г) все вышеперечисленные

д) не названы

025. Каково происхождение эпителия гранулемы, кист?

а) это вегетировавший через десневой карман

многослойный плоский эпителий полости рта

б) это вегетировавший через свищевой ход

многослойный плоский эпителий полости рта

в) эпителиальную выстилку гранулем и кист образует

эпителиальные островки Маляссе,

клетки которых пролиферируют под влиянием воспаления

г) идиопатическое происхождение

д) не названо

026. Основной функцией периодонта является

а) опорная,

т.к. периодонт способен воспринимать большие нагрузки

и распределять давление на стенки альвеолы

б) трофическая функция,

ибо она обеспечивает питание цемента зуба

в) пластическая функция,

заключающаяся в способности клеток синтезировать коллаген

и полисахирады, т.е. строить саму ткань периодонта

г) защитная функция,

т.е. она обеспечивает активную борьбу с воспалением

д) все вышеуказанные

027. Какую тактику следует предпочесть в случаях болевых ощущений

при зондировании и кровоточивости из корневого канала в зубе

ранее леченном по поводу пульпита с давно выпавшей пломбой?

а) удалить зуб, ибо в дальнейшем грануляционная ткань

резорбирует дентин и цемент зуба

б) применить мышъяковистую пасту,

поскольку лечить такой зуб надо как пульпитный

в) провести диатермокоагуляцию и непосредственное пломбирование

г) провести под обезболиванием тщательную инструментальную,

медикаментозную обработку и запломбировать канал

д) не названа

028. Можно ли пломбировать каналы нетвердеющими пастами

при лечении хронических гранулирующих периодонтитов?

а) можно, ибо контакт с тканями воспаленного периодонта дает

лечебный эффект и будет способствовать его регенерации

б) не следует, потому что эти пасты будут быстро рассасываться

за счет грануляционной ткани

в) можно и нужно, поскольку всегда есть возможность исправить

дефекты пломбирования, а при наличии свищевого хода

тем более целесообразно, ибо лекарственные вещества,

входящие в состав пасты, будут способствовать его закрытию

г) нет, т.к. при пломбировании этими пастами нельзя добиться

герметичности

д) не названо

029. Чем объяснить отсутствие успеха в лечении хронических периодонтитов

при пломбировании на уровне верхушечного отверстия канала

однокорневого зуба?

а) дельтавидным разветвлением макроканала

б) плохой предварительной медикаментозной обработкой

в) отсутствием герметичности пломбирования канала

и снижением реактивности организма

г) плохой инструментальной обработкой канала

д) все перечисленные

030. Наиболее эффективным для разжижения, расщепления и нейтрализации

некротических масс при лечении хронических периодонтитов у детей

является

а) перекись водорода

б) антибиотики широкого спектра действия

в) антисептик

г) ферменты (трипсина)

д) не назван

031. Вид резорбции корней, наиболее часто обуславливающий раннее удаление

молочного зуба, -

а) резорбция идиопатическая

б) резорбция в результате новообразований

в) патологическая резорбция при хроническом воспалении

г) физиологическая резорбция (III тип в области бифуркации корней)

д) не назван

032. Какая из паст для корневых каналов зубов с незаконченным ростом

корней и сохранением зоны роста является наиболее эффективной

при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей?

а) серебряная паста Гениса

б) резорцин-формалиновая паста

в) эвгеноловая паста

г) иодоформная паста

д) не названа

033. Наиболее эффективным пломбировочным материалом

для корневых каналов при лечении хронических периодонтитов

в зубах с незаконченным ростом корней и погибшей ростковой зоной

является

а) эвгеноловая паста

б) резорцин-формалиновая паста

в) материал на основе эпоксидной смолы "эндодент"

г) серебряная паста Гениса

д) не назван

034. Ведущим при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов

у детей является

а) инструментальная обработка корневых каналов

б) медикаментозная обработка корневых каналов зубов

в) применение физиотерапевтических методов лечения

г) использование при лечении сильнодействующих препаратов

для дезинфекции корневых каналов

д) не названо

035. Самым эффективным методом при лечении

хронических верхушечных периодонтитов постоянных зубов у детей

является

а) инструментальный метод лечения

б) медикаментозный метод лечения

в) физиотерапевтический метод лечения

г) хирургический метод лечения

д) не назван

036. Какая из перечисленных паст является наиболее эффективной

для пломбирования корневых каналов молочных зубов

при лечении хронических гранулирующих периодонтитов в случаях,

когда на альвеолярном отростке имеется свищевой ход?

а) серебряная паста Гениса

б) эвгеноловая паста

в) резорцин-формалиновая паста

г) иодоформная паста

д) не названа

037. Укажите типичный признак рентгенологического изменения

при хроническом фиброзном периодонтите постоянных зубов у детей

а) деструкция костной ткани в области верхушки корня зуба

б) деформация периодонтальной щели

в) разрежение костной ткани в области верхушки корня зуба

г) равномерное расширение периодонтальной щели

без выраженных деструктивных изменений в кости

д) не назван

038. Самым эффективным видом консервативного лечения

хронических периодонтитов молочных зубов у детей является

а) 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

б) резорцин-формалиновый метод

в) физиотерапевтический метод

г) фенол-формалиновый метод

д) не назван

039. Ведущим показанием к удалению молочного зуба

с хроническим периодонтитом является

а) возраст ребенка

б) сроки прорезывания постоянного зуба заместителя

в) характер деструктивных изменений в периодонте

и степень распространения патологического процесса

на фолликулы и зачатки постоянных зубов

г) наличие свищевого хода

(на альвеолярном отростке челюсти в области больного зуба)

д) не названо

040. Ведущим диагностическим признаком хронического воспаления

в периодонте молочного зуба, позволяющим определить не только

его наличие, но и характер, степень распространения,

а также состояние окружающих тканей, является

а) наличие свищевого хода на альвеолярном отростке челюсти

б) отечность и пастозность слизистой оболочки альвеолярного отростка

в) наличие грануляционной ткани в полости зуба и кариозной полости

г) рентгенологические изменения

д) не назван

041. При каких рентгенологических симптомах неправильно поставить диагноз

"гранулирующий периодонтит"?

а) деструкция кортикальной пластинки лунки

б) деструкция кориткальной пластинки лунки

с очагом разрежения костной ткани без четких границ

в) деструкция кортикальной пластинки лунки с очагом деструкции кости

и очагом разрежения кости по периферии

г) включение в деструктивный процесс около временного зуба

части кортикальной пластинки фолликула

д) не назван

042. При хроническом гранулирующем периодонтите

постоянного многокорневого зуба, если длина корней этого зуба

соответствует 1/2 предполагаемой его длины, методом лечения является

а) резекция верхушек корней

б) удаление зуба

в) консервативный, с пломбированием на всю длину корней

г) консервативынй с последующим пломбированием корневых каналов

с выведением за верхушку пломбировочного материала

д) гемисекция

043. При хроническом гранулирующем периодонтите зуба

с несформированной верхушкой корня методом лечения является

а) удаление зуба

б) резекция верхушки корня

в) пломбирование корня до верхушки нетвердеющими пастами

г) пломбирование корневого канала твердеющими пастами до верхушки

д) пломбирование корневого канала твердеющими пастами

с длительным антисептическим действием за верхушки

044. Какой метод лечения периодонтита временного моляра в 5 лет

следует выбрать у ребенка, болеющего ревматизмом?

а) резекцию верхушки коря

б) удаление зуба

в) гемисекцию

г) консервативный метод

д) реплантацию

045. Хронический грануломатозный периодонтит

от хронического гранулирующего периодонтита различается

а) цветом зуба

б) давностью анамнеза

в) степенью подвижности зуба

г) рентгенологической симптоматикой

д) укорочением звука при перкуссии

046. Какой метод лечения хронического периодонтита временного резца

следует избрать у ребенка 3 лет из 3-й диспансерной группы?

а) консервативный

б) комбинированный

в) удаление зуба

г) резекцию верхушки корня

д) не назван

047. Решающим тестом при дифференциальной диагностике

острого периодонтита и пульпита является

а) перкуссия

б) электроодонтодиагностика

в) характер болей

г) термометрия

д) рентгенодиагностика

048. При какой форме периодонтита наблюдается боль

при зондировании и кровоточивость из канала?

а) при хроническом фиброзном периодонтите

б) при кистогранулеме

в) при хроническом гранулирующем периодонтите

г) при хроническом гранулематозном периодонтите

д) не названа

049. Резорцин-формалиновая паста является лучшим материалом

для пломбирования корневых каналов

а) при инструментально-доступных каналах

б) при инструментально-недоступном канале

в) при инструментально-недоступном канале моляров

г) при фиброзном периодонтите

050. Имеются ли показания для односеансового метода лечения периодонтита

постоянного однокорневого зуба при периостите?

а) нет, такой зуб подлежит удалению

б) да, надо запломбировать канал и сделать разрез

в) нет,

ибо целесообразнее вначале ликвидировать периостит и раскрыть зуб

г) да, надо провести тщательную инструментальную обработку

и запломбировать канал

д) не названы

051. Резкую боль при зондировании и кровоточивость

при хроническом гранулирующем периодонтите можно объяснить

а) обострением воспалительного процесса

б) врастанием грануляционной ткани в канал

в) неправильным лечением

г) применением сильнодействующих препаратов

д) не назван

052. Является ли выведение фосфат-цемента за верхушку зуба

при лечении хронических периодонтитов методом активной их терапии?

а) да, потому что фосфат-цемент стимулирует регенерацию костной ткани

б) нет, потому что он не дает полного герметизма корневых каналов

в) нет, ибо он является инородным телом

и препятствует регенерации тканей периодонта

г) нет,

т.к. цемент резко раздражает окружающие верхушки корня зуба ткани

д) не назван

053. Можно ли острый гнойный периодонтит фронтального зуба

запломбировать в первое посещение больного?

а) нет, ибо необходимо создать отток из очага воспаления,

для чего зуб оставляют открытым

б) да, при условии хорошего освобождения канала

и выведении антибиотиков в периапикальные ткани

в) да, если есть показания к разрезу по переходной складке

г) да, при выведении за верхушку кортикостероидов

д) не назван

054. Какой метод обработки каналов наиболее целесообразен

при лечении хронического гранулирующего периодонтита в зубе

с плохо проходимыми каналами?

а) метод серебрения

б) резорцин-формалиновый метод

в) метод диатермокоагуляции

г) электрофорез

д) не назван

055. Целесообразной тактикой для обязательного сохранения нижнего моляра

под мостовидный протез, если медиальные каналы непроходимы,

а процесс локализуется именно вокруг медиального корня, является

а) электрофорез

б) реплантация

в) удалить медиальный корень,

а дистальный использовать под протез (гемисекция)

г) провести резорцин-формалиновый метод

д) не названо

056. Для лечения периодонтита сформированного зуба не используется

а) пломбирование канала кальцийсодержащими препаратами

б) антимикробная обработка корневых каналов

в) противовоспалительная терапия

г) трансканальное введение препаратов,

способствующих регенерации тканей

д) диатермокоагуляция

057. Требованиями, предъявляемыми к материалам

для пломбирования корневых каналов, являются

а) биологическая толерантность и хороший герметизм пломбирования

б) хорошая видимость, рентгено-контрастность

в) антимикробное и стимулирующее действие

на регенерацию тканей периодонта

г) хорошая адгезия к стенкам канала

д) все перечисленное выше

058. Лучше всего снять боль, возникающую после пломбирования канала,

а) новокаиновой блокадой по переходной складке

б) флюктуоризирующие токи

в) инъекцией антибиотиков

г) введением гидрокортизона в переходную складку

д) ни одним из вышеперечисленных

059. Какой из инструментов набора для эндодонтии является

самым эффективным при расширении корневых каналов зубов?

а) пульпоэкстрактор

б) дрильбор

в) корневой бурав

г) развертка

д) не назван

060. Какой из инструментов набора для эндодонтии предназначен

для срезания стенок корневого канала

и придания каналу цилиндрической формы?

а) корневой бурав

б) дрильбор

в) развертка

г) корневой рашпиль

д) не назван

061. Какой из инструментов набора для эндодонтии предназначен

для определения проходимости корневого канала?

а) глубинометр

б) корневой бурав

в) дрильбор

г) развертка

д) не назван

062. Какой из инструментов набора для эндодонтии предназначен

для разрыхления плотного нифицированного дентина

стенок корневого канала?

а) корневой бурав

б) корневой рашпиль

в) дрильбор

г) пульпоэкстрактор

д) не назван

063. Правильной последовательностью применения инструментов

для эндодонтии является

а) глубиномер, пульпоэкстрактор, корневой бурав,

корневой рашпильный дрильбор, развертка, каналонаполнитель,

штопфер

б) пульпоэкстрактор, глубиномер, корневой бурав, корневой рашпиль,

дрильбор, развертка, каналонаполнитель, штопфер

в) последовательность применения инструментов такая,

как они расположены в наборе инструментов для эндодонтии

против часовой стрелки

г) корневой бурав, корневой рашпиль, дрильбор, развертка, глубиномер,

пульпоэкстрактор, штопфер

д) не названо

064. Наиболее простым методом очистки мелкого

стержневого эндодонтического инструментария является

а) метод очистки инструментария в антисептических жидкостях

б) метод ультразвуковой очистки

в) метод очистки мелкого инструментария протиранием

через тонкую резиновую перчатку

г) метод очистки в зависимости от рабочей части инструментов:

песок, залитый 2% раствором хлорамина, паролон,

смоченный мыльным раствором, жидкость 2% раствора хлорамина

д) не назван

065. Какой из инструментов набора для эндодонтии предназначен

для раскрытия верхушки корня зуба?

а) дрильбор

б) резвертка

в) корневой бурав

г) глубиномер

д) не назван

Ситуационная задача (066-068)

Ребенку 4 года. Жалоба на периодические боли и появление свища

в области V┐. Боли несильные, сопровождающиеся незначительной

отечностью десны и чаще самопроходящие.

Из анамнеза: V┐ лечили по поводу кариеса в одно посещение год назад.

Больше к врачу не обращался.

Объективно: в V┐ имеется металлическая пломба

на жевательной поверхности. Нарушения краевого прилегания и усадки

пломбы нет. Зуб незначительно изменен в цвете.

Десна в области проекции корней V┐ с синюшным оттенком,

свищ с "пышными" грануляциями и гнойным отделением.

Перкуссия безболезненная. При пальпации десны в области V┐

определяется резорбция наружной костной пластинки нижней челюсти.

Зуб незначительно подвижен, при накусывании на твердый предмет

происходит побеление десны.

066. Предполагаемый диагноз

а) хронический пролиферативный пульпит

б) хронический гранулирующий периодонтит

в) хронический гранулематозный периодонтит

г) субгингивальный абсцесс

д) ни один из вышеперечисленных

067. Скорее всего подтвердит диагноз

а) ЭОД

б) клинический анализ крови

в) реакция на температурные раздражители

г) рентгенологическое исследование

д) ни один из вышеперечисленных

068. В первую очередь необходимо назначить

а) инструментальную обработку

с последующей мумификацией содержимого корневого канала

б) резорцин-формалиновый метод без обработки корневых каналов

в) после полного формирования коронки зуба

г) все вышеназванные

д) ни один из вышеназванных

069. Ведущим рентгенологическим признаком

при патологической резорбции корней временных зубов является

а) резорбция одного из корней

б) деформация периодонтальной щели

в) деструкция костной ткани между корнями временных зубов

или вокруг них

г) остеопароз костной ткани

д) равномерная резорбция всех корней

070. Ведущим рентгенологическим признаком

при диагностике хронического фиброзного периодонтита является

а) деформация периодонтальной щели

б) деструкция кортикальной пластинки лунки зуба

в) остеопороз

г) атрофия

д) расширение периодонтальной щели

071. Характерными симптомами

для хронического течения верхушечного периодонтита являются

а) гиперемия и отек переходной складки

б) пульпа зуба некротизирована

в) постоянная ноющая боль

г) пульпа зуба без изменений

д) боли при накусывании

072. На какой стадии формирования зачатка постоянного зуба

возможно развитие местной гипоплазии эмали

при хроническом периодонтите молочного зуба?

а) до начала минерализации коронки зуба

б) в период минерализации коронки зуба

в) после полного формирования коронки зуба

г) все вышеизложенные

д) ни одно из вышеизложенных

073. Какие мероприятия по неотложной помощи необходимо провести

при остром течении периодонтита или его обострении?

а) отпрепарировать кариозную полость

б) пломбирование канала

в) проведение резорцин-формалинового метода

г) расширение каналов

д) обеспечить отток экссудата через каналы корней зубов

074. К показаниям к выбору метода лечения хронического периодонтита

молочных зубов у детей относятся

а) характер деструктивных изменений в периодонте,

степень распространения патологического процесса

б) возраст ребенка

в) сроки прорезывания постоянного зуба заместителя

г) наличие свищевого хода на альвеолярном отростке челюсти

в области больного зуба

д) все вышеперечисленное

075. Наиболее часто обусловливает раннее удаление молочного зуба

а) идиопатическая резорбция

б) резорбция в результате новообразований

в) патологическая резорбция при хроническом воспалении

г) физиологическая резорбция

д) все вышеперечисленное

Раздел 7

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. Более информативным симптомом острого одонтогенного остеомиелита

среди перечисленных является

а) температура тела субфебрильная

б) пальпируются болезненные увеличенные регионарные лимфоузлы

в) периостальные изменения с вестибулярной стороны

г) периостальные изменения с оральной стороны

д) периостальные изменения с вестибулярной и оральной сторон

002. Наиболее достоверным дифференциально-диагностическим признаком

хронического гиперпластического остеомиелита

и опухоли челюстных костей служит

а) наличие в анамнезе одонтогенного воспаления в исследуемой области

б) результат пробной противовоспалительной терапии

в) рентгенологическая характеристика

г) данные морфологического исследования ткани

д) не назван

003. Первые рентгенологические признаки деструкции челюстей у детей

при остеомиелите выявляются

а) на 4-5 сутки

б) на 6-8 сутки

в) на 10-12 сутки

г) через 3 недели

д) через 4 недели

004. Обязательным видом лечения

при хроническом остеомиелите челюстных костей является

а) антибиотикотерапия

б) общеукрепляющая и стимулирующая терапия

в) специфическая терапия

г) хирургическое лечение

д) не назван

005. При гематогенном остеомиелите у детей чаще поражается

а) тело нижней челюсти

б) мышелковый отросток нижней челюсти

в) альвеолярный отросток нижней челюсти

г) альвеолярный отросток верхней челюсти

д) нет закономерности

006. Тактикой при оказании экстренной помощи

при остром одонтогенном остеомиелите,

осложнившимся флегмоной ("причинный" зуб значительно резрушен),

будет

а) вскрытие флегмоны, удаление причинного зуба не показано

б) вскрытие флегмоны с одновременным удалением причинного зуба

в) вскрытие флегмоны,

удаление причинного зуба после стихания острого воспаления

г) произвести только удаление зуба

д) порядок действия не имеет значения

007. Тяжесть течения воспалительных процессов в детском возрасте

определяет

а) большая распространенность кариеса

б) морфологическое и функциональное несовершенство

органов и тканей у ребенка

в) трудность диагностики воспалительных процессов у детей

г) локализация процессов у детей

д) не назван

008. Какой исход остеомиелита челюстных костей

является особенностью детского возраста?

а) адентия

б) образование дефекта кости

в) задержка роста челюсти

г) патологический перелом челюсти

д) не назван

009. Длительность реабилитационного периода

для больных гематогенным остеомиелитом

а) до момента клинического выздоровления

б) стойкая ремиссия в течение года

в) до периода формирования молочного прикуса

г) до окончания роста челюстных костей

д) не назван

010. Тяжесть течения гематогенного остеомиелита определяет

а) септический фон заболевания

б) возраст ребенка

в) преимущественно поражение верхней челюсти

г) деструктивынй характер процесса

д) деструктивные, деструктивно-продуктивная

и гиперпластическая формы хронического остеомиелита

011. Исходами хронического деструктивного остеомиелита,

перенесенного в детском возрасте, являются

а) выздоровление

б) микрогения

в) дефект челюсти

г) адентия

д) возможно любое из перечисленных

012. В какой части гемограммы имеются более выраженные изменения

при хроническом остеомиелите челюстных костей?

а) в красной крови

б) в белой крови

в) в системе свертывания крови

г) меняется скорость оседания эритроцитов

д) изменение крови не возникает

013. Завершенным лечение ребенка по поводу периодонтита постоянного зуба

можно считать

а) сразу после пломбирования

б) после рентгенологического контроля

за качеством пломбирования корневых каналов

в) через 7 дней после пломбирования зуба

г) через месяц после пломбирования зуба

д) через 3-6 месяцев после пломбирования зуба

014. Определяющим для выбора хирургического метода лечения

периодонтита временного зуба является

а) возраст до 7 лет

б) хроническое течение заболевания

в) степень активности кариеса

г) групповая принадлежность зуба

д) не назван

015. Абсолютным показанием к удалению временного зуба является

а) возраст, соответствующий физиологической смене зубов

б) наличие периодонтита

в) наличие свища

г) рентгенологически определяемое вовлечение

в процесс зачатка постоянного зуба

д) любой из перечисленных

016. Свищ в своде преддверия рта может быть симптомом

а) хронического периодонтита

б) хронического периодонтита

с вовлечением зачатка постоянного зуба (остит)

в) хронического остеомиелита

г) одонтогенной кисты

д) любого из перечисленных

017. В возрасте до 7 лет причиной одонтогенной инфекции чаще является

а) постоянный моляр

б) временные резцы

в) временные клыки

г) первый временный моляр

д) второй временный моляр

018. Средняя продолжительность больничного листа по уходу за ребенком

в связи с острым гнойным одонтогенным периоститом

а) 1 сутки

б) до 7 суток

в) до 14 суток

г) более 14 суток

д) не требуется

019. Зубом, вызвавшим одонтогенный острый периостит

и обязательно подлежащим удалению, является

а) временный моляр

б) постоянный моляр

в) постоянный резец

г) любой

д) никакой

020. Причинами аденофлегмон в челюстно-лицевой области являются

а) заболевания ЛОР-органов

б) зубы, пораженные кариесом и его осложнениями

в) травма челюстно-лицевой области

г) острый герпетический стоматит

д) любая из перечисленных

021. При воспалении в челюстно-лицевой области целесообразнее применять

следующий препарат из группы нитрофуранов

а) фурагин

б) фуразолидон

в) фурозолин

г) фурациллин

д) не применяются

022. Терапевтическая концентрация пенициллина в крови сохраняется

а) 4 часа

б) 6 часов

в) 8 часов

г) 12 часов

д) 24 часа

023. Уменьшению отека тканей способствует

а) витамин В12

б) витамин В1

в) рутин

г) пиридоксоль фосфат

д) ретинол-ацетат (витамин А)

024. Причиной неспецифических лимфаденитов в челюстно-лицевой области

у детей является

а) заболевания ЛОР-органов

б) зубы, пораженные кариесом и его осложнениями

в) травма челюстно-лицевой области

г) острый герпетический стоматит

д) любая из перечисленных

025. Лимфадениты по клиническому течению наиболее полно подразделяются

а) на острые и хронические

б) на острые, подострые и хронические

в) на острые, подострые, хронические, хронические рецидивирующие

г) на острые (серозные, гнойные),

хронические (гиперпластические и абсцедирующие)

д) на острые, хронические в стадии обострения

026. Частым лимфаденитам в детском возрасте способствует

а) большая распространенность кариеса у детей

б) частота заболеваний инфекционными болезнями

и заболеваниями ЛОР-органов

в) функциональное и морфологическое несовершенство

лимфатических узлов у детей

г) трудности диагностики

д) частые повреждения челюстно-лицевой области

027. Наиболее вероятной причиной

лимфаденита подчелюстных лимфатических узлов у ребенка 2-3 лет

является

а) инфекционная причина

б) одонтогенная причина

в) травматическая причина

г) дерматогенная причина

д) тонзиллогенная причина

028. Наиболее вероятной причиной

лимфаденита подчелюстных лимфатических узлов

у ребенка в возрасте 5-9 лет является

а) инфекционная причина

б) дерматогенная причина

в) травматическая причина

г) одонтогенная причина

д) тонзиллогенная причина

029. Необходимость удаления зачатка постоянного зуба

вероятнее всего может возникнуть в случае, когда

а) зачаток в зоне деструкции при хроническом остеомиелите челюсти

б) нахождение зачатка в линии перелома без смещения отломков

в) зачаток в полости зубосодержащей кисты

г) зачаток рядом со вколоченным вывихом временного зуба

д) зачаток прилежит к зубу с хроническим периодонтитом

030. Для дифференциальной диагностики кист

и продуктивного воспалительного процесса челюстных костей

наиболее информативны

а) наличие в исследуемой области зуба с осложнением кариеса

б) данные рентгенографии

в) данные электроодонтодиагностики

г) длительность процесса

д) степень активности кариеса

031. Наиболее достоверным симптомом

для диагноза хронического неспецифического паротита является

а) наличие припухлости в околоушно-жевательной области

б) сухость во рту

в) наличие в анамнезе эпидемического паротита

г) мутная с примесями слюна

д) не назван

032. Чаще воспаляется

а) подъязычная слюнная железа

б) подчелюстная слюнная железа

в) околоушная слюнная железа

г) малые слюнные железы на губе

д) слюнные железы на языке

033. Наиболее достоверно подтверждает

диагноз эпидемического сиалоаденита

а) двусторонний характер поражения

б) данные эпидемического анамнеза

в) показатели гемограммы

г) результат противовоспалительной терапии

д) не назван

034. Наиболее распространенным путем передачи

вируса простого герпеса человеку является

а) воздушно-капельный

б) контактный

в) половой

г) трансплацентарный

д) любой из названных

035. Контрастную рентгенографию можно проводить

а) в острой фазе воспаления слюнной железы

б) в хронической стадии воспаления слюнной железы

в) в период ремиссии

г) в любой период

д) у детей не проводится

036. Наиболее достоверно подтверждает наличие слюннокаменной болезни

в детском возрасте

а) острый лимфаденит подчелюстной области

б) симптом "слюнной колики"

в) данные рентгенологического обследования

г) мутная слюна

д) у детей не встречается

037. Показанием к назначению слюногонной диеты при сиалоадените служит

а) острый воспалительный процесс с выраженным отеком

б) гнойное отделяемое из протока при затрудненном слюноотделении

в) достаточный слюноотток при "грязной" слюне

г) стадия ремиссии

д) у детей не используется

Ситуационная задача (038-040)

Ребенок 9 лет обратился с жалобами

на боли во фронтальных зубах верхней челюсти, отек верхней губы.

Температура 37.5°С, появившаяся накануне.

Объективно: асимметрия лица за счет отека верхней губы

и сглаженности носо-губной складки слева;

небольшой отек нижнего века левого глаза.

11 имеют отломы коронок (травма год назад).

На 1┘ - пломба из цемента. Перкуссия └1 - резко болезненна.

Зуб подвижен. 1┘ реагирует на перкуссию слабо болезненной реакцией.

Переходная складка гиперемирована, отечна.

Пальпация болезненна в области 11 2

038. Предполагаемый диагноз

а) острый общий пульпит

б) острые периодонтит 11

в) острый серозный периостит,

обострение хронического периодонтита └1

г) острый гнойный периостит

д) острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти

039. Надежнее подтвердит диагноз

а) ЭОД

б) рентгенография

в) клинический анализ крови

г) перкуссия зубов

д) зондирование линии перелома в └1

040. В первое посещение лучше назначить

а) УВЧ-терапию

б) раскрыть └1, сделать разрез на переходной складке

в) противовоспалительную лекарственную терапию

г) раскрыть └1, назначить противовоспалительную терапию

д) раскрыть └1, сделать перкостотомию,

назначить противовоспалительную терапию

Ситуационная задача (041-044)

Ребенок 6 лет обратился с жалобами на боли

в зубах нижней челюсти слева, болезненность при глотании

и широком открывании рта. Температура - 38.5°С.

Болен в течение трех суток.

При осмотре: ребенок вял, бледен, капризничает.

Асимметрия лица за счет отека щечной и подчелюстной областей.

Пальпируются увеличенные, болезненные лимфатические узлы

в подчелюстной области слева. Открывание рта несколько болезненно,

ограничено. ┌IV,V - розового цвета, в ┌IV - пломба из цемента,

в ┌V - кариозная полость. Перкуссия ┌IV,V,

а также интактных ┌II, III, 6 - болезненная. Зубы подвижны.

Переходная складка соответственно ┌II-6 - сглажена, гиперемирована,

резко болезненна. Определяется флюктуация. Болезненна также

при пальпации язычная поверхность альвеолярного отростка.

041. Предполагаемый диагноз

а) гнойный периостит нижней челюсти слева

б) острый одонтогенный

лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов

в) острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева

г) флегмона подчелюстной области

д) абсцесс челюстно-язычного желобка

042. Для подтверждения диагноза необходим

дополнительный метод исследования -

а) ЭОД

б) внутриротовая рентгенография

в) клинический анализ крови

г) рентгенография челюстей (обзорная)

д) ни один из вышеперечисленных

043. Какой показатель гемограммы наиболее характерен для данного диагноза

а) эритропения

б) снижение количества гемоглобина

в) левый сдвиг в нейтрофильных лейкоцитах с появлением юных форм

г) количество лейкоцитов - 11000

д) СОЭ- 10 мм/час

044. Первоочередным лечением при данном заболевании является

а) антибиотикотерапия

б) удаление ┌V

в) вскрытие поднадкостничного абсцесса

г) удаление ┌IV,V и вскрытие поднадкостного абсцесса

д) удаление ┌IV,V, вскрытие поднадкостничного абсцесса,

назначение противовоспалительной терапии.

Ситуационная задача (045-048)

Ребенок 5 лет явился к участковому стоматологу с выпиской

из стационара, где он лечился в течение месяца. Из выписки выявлено,

что у ребенка был острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти

вследствие обострившегося процесса в 11.

При поступлении в стационар были удалены зубы, вскрыты абсцессы

на переходной складке и в переднем отделе твердого неба.

Проведен полный курс противовоспалительной терапии.

Выписан под наблюдение в поликлинику.

В настоящее время жалоб на боли не предъявляет.

Состояние удовлетворительное. Температура нормальная.

Конфигурация лица не изменена. В подчелюстной области с обеих сторон

определяются увеличенные, плотные, слабоболезненные лимфатические

узлы. Переходная складка свободна. Лунка 1┘ не эпителизировалась.

На небе по средней линии слабоболезненное флуктуирующее выбухание,

при надавливании на которое через лунку 1┘ выделяется гной.

045. Предполагаемый диагноз

а) обострение хронического остеомиелита верхней челюсти

б) хронический остеомиелит верхней челюсти

в) периостит верхней челюсти (с небной стороны)

г) острый серозный лимфаденит подчелюстных областей

д) небный процесс травматического происхождения

046. Для постановки полного диагноза необходим

дополнительный метод исследования -

а) ЭОД

б) рентгенография

в) клинический анализ крови

г) анализ мочи

д) ни один из перечисленных

047. Какой из перечисленных показателей гемограммы

наиболее характерен при этом заболевании?

а) снижение количества гемоглобина

б) ускорение СОЭ

в) выраженный лейкоцитоз

г) левый сдвиг в нейтрофильных лейкоцитах

д) снижение количества тромбоцитов

048. Наиболее характерными для данного заболевания изменениями в моче

являются

а) изменение удельного веса

б) появление белка

в) появление сахара

г) присутствие желчных пигментов

д) ни одно из перечисленных

049. Наиболее частым осложнением при этом заболевании является

а) анкилоз верхнего височно-нижнечелюстного сустава

б) адентия

в) деформация за счет избыточного костеобразования

г) микрогнатия

д) ни одно из перечисленных

Ситуационная задача (050-053)

Ребенок 9 лет болен вторые сутки. Температура - 38°C.

Жалуется на болезненность при глотании. Плотный инфильтрат

в околоушно-жевательной области справа. Кожа гиперемирвоана,

пальпация этой области болезненна.

В подчелюстной области определяются увеличенные, плотные,

болезнненные лимфатические узлы.

V,IV┘ - запломбированы, их перкуссия безболезненна.

Из анамнеза известно, что припухлость в этой области появлялась

в течение трех лет несколько раз, однако была менее выраженной,

лечился самостоятельно спиртовыми компрессами.

050. Предполагаемый диагноз

а) периостит верхней челюсти справа

б) обострение хронического паротита

в) острый одонтогенный остеомиелит

г) острый лимфаденит

д) острый артрит правого височно-нижнечелюстного сустава

051. Постановке окончательного диагноза поможет

а) ЭОД

б) обзорная рентгенография верхней челюсти

в) определение характера слюны и слюнооттока

г) внутриротовая рентгенография

д) тщательная пальпация инфильтрата

052. Обязательно надо использовать с первого дня заболевания

а) слюногонную диету

б) противовоспалительную терапию

в) удаление V,IV┘

г) вскрытие воспалительного инфильтрата наружным доступом

д) физиотерапевтическое лечение

053. Наименее вероятный прогноз при данном заболевании

а) выздоровление после лечения, проведенного в настоящее время

б) абсцедирование околоушной слюнной железы

в) хроническое течение заболевания с частыми обострениями

г) гнойный лимфаденит в околоушно-жевательной области

д) хроническое течение заболевания с резкими обострениями

Раздел 8

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Ситуационная задача (001-003)

Ребенок 2 лет заболел остро. Подъем температуры до 38°С.

Плохо спал. Отказывался от еды. Мама заметила, что при завязывании

платка и дотрагивания до подчелюстной области ребенок плачет.

Объективно: состояние средней тяжести, ребенок плаксив, вял.

На коже лица в приротовой области определяется группа пузырьков.

В подчелюстной области с обеих сторон пальпируются значительно

увеличенные, плотные, болезненные лимфатические узлы

(с чем и направлен ребенок в хирургический кабинет).

Кожа над лимфатическими узлами несколько гиперемирована,

собирается в складку. Флюктуация не определяется.

001. Предполагаемый диагноз

а) острый серозный одонтогенный лимфаденит

б) острый серозный стоматогенный лимфаденит

в) абсцедирующий лимфаденит

г) аденофлегмона подчелюстной области

002. Скорее всего подтвердит предполагаемый диагноз

а) определение индекса КПУ

б) исследование состояния слизистой оболочки полости рта

в) пунктирование лимфатического узла

г) клинический анализ крови

д) рентгенография

003. Наиболее целесообразный метод лечения в данном случае

а) УВЧ-терапия

б) мазевые повязки

в) санация полости рта

г) лечение основного заболевания + мазевые повязки

д) санация полости рта + мазевые повязки

Ситуационная задача (004-006)

У ребенка полутора лет, перенесшего две недели тому назад ОРЗ,

второй день повышена температура тела до 39°С, рвота.

Ребенок отказывается от пищи, капризничает.

Педиатром был поставлен диагноз ОРЗ.

В момент настоящего обследования: лимфаденит подчелюстных

лимфоузлов, обильное слюнотечение, на резко гиперемированной слизистой оболочке обеих губ, кончика языка и щек -

мелкие множественные эрозии с четкими очертаниями,

покрытые фиброзным налетом. Десна отечна, кровоточит.

004. Укажите основные симптомы,

свидетельствующие о диагнозе острого герпетического стоматита

а) клиническая картина острого инфекционного заболевания

б) лимфаденит

в) гингивит

г) высыпания в полости рта

д) все перечисленные выше симптомы

005. Ведущую роль в патогенезе данного заболевания сыграл

а) контакт с больным ребенком

б) снижение уровня иммунитета

в) переохлаждение

г) недавно перенесенное ОРЗ

д) все перечисленное выше

006. Основным средством лечения данному ребенку можно назначить

а) противовирусное

б) жаропонижающее

в) обезболивающее

г) антисептическое

д) стимулирующее иммунитет

007. Острый герпетический стоматит - это

а) повреждение слизистой оболочки полости рта

б) заболевания слизистой оболочки полости рта

в) изменение слизистой оболочки полости рта

г) острое респираторное заболевание

д) децидивирующее заболевание слизистой оболочки полости рта

008. Ребенок, больной ОГС, не является распространителем вируса

а) после полной эпителизации всех высыпаний

б) через 5 дней после последних высыпаний

в) в период остаточного гингивита

г) после угасания лимфаденита

д) в любой из перечисленных периодов

009. В меньшей степени подвержены риску заражения ОГС

а) дети старше 3 лет

б) брюнеты

в) дети, естественно вскармливающиеся до 1 года жизни

г) все названные

д) ни один из названных

010. Причиной острого герпетического стоматита является

а) вирус герпеса

б) вирусно-микробные ассоциации полости рта

в) микрофлора полости рта, приобретающая патогенные свойства

при снижении реактивности организма

г) вирусная Мих.инфекция

д) не названа

011. При остром герпетическом стоматите встречается

а) корочка

б) волдырь

в) пузырек

г) гнойничок

д) узелок

012. Появлению ОГС способствуют

а) переохлаждение

б) прием иммунодепресантов

в) эмоциональные и гормональные сдвиги

г) любое перенесенное заболевание

д) каждый из перечисленных

013. Для ранней диагностики и начала профилактических мероприятий

в отношении стоматита могут быть использованы такие признаки ОГС,

как

а) герпетические высыпания на коже лица, рук

б) подъем температуры, ухудшение общего самочувствия,

отказ от еды, слюнотечение

в) катаральный гингивит и лимфаденит

г) катаральный гингивит, лимфаденит, герпетические высыпания на коже

д) не знаю

014. В основе определения периода развития

острого герпетического стоматита лежат

а) состояние лимфоузлов

б) характер элементов поражения слизистой оболочки рта

на фоне сопутствующих симптомов болезни

в) состояние десен

г) наличие симптомов общей интоксикации организма

д) не знаю

015. Для клиники ОГС характерно

а) повышенная температура тела

б) лимфаденит

в) наличие эрозии в полости рта

г) наличие гингивита

д) все перечисленные

016. Для легкой формы ОГС характерны

а) лимфаденит

б) повышенная температура тела

в) гингивит

г) эрозии на слизистой оболочке полости рта

д) все перечисленные симптомы

017. Для тяжелой формы ОГС характерны

а) лимфаденит

б) повышенная температура тела

в) гингивит

г) эрозия на слизистой оболочке полости рта

д) все перечисленные симптомы

018. Для среднетяжелой формы ОГС характерны

а) лимфаденит

б) повышенная температура тела

в) гингивит

г) эрозия на слизистой оболочке полости рта

д) все перечисленные симптомы

019. Ведующим симптомом, характерным для тяжелой формы ОГС, является

а) гингивит

б) повышение температуры тела до 39-40°С

в) лимфаденит подчелюстных узлов

г) высыпания в полости рта

д) любой из названных

020. Первыми клиническими признаками

острого герпетического стоматита (ОГС) средней тяжести у детей являются

а) повышение температуры тела

б) нарушение поведения малыша: вялость, сонливость

или повышенная возбудимость, плач, беспокойный сон и др.

в) диспептические явления: отказ от еды, рвота, жидкий стул

г) лимфаденит поднижнечелюстных, подподбородочных,

шейных узлов, гингивит

д) пузырьковые высыпания на коже,

единичные и множественные афты на слизистой рта

021. Длительность периода высыпаний при ОГС средней тяжести

а) менее одних суток

б) не более 29 часов

в) один-два дня

г) два-три дня

д) не менее недели

022. Роль эндогенной микробной флоры полости рта при ОГС следующая

а) не влияет на течение заболевания

б) препятствует размножению вируса герпеса

в) влияет на течение заболевания незначительно

г) способствует переходу от острого катарального гингивита

в хронический и подострый

д) является причиной длительного течения заболевания

и пиогенных осложнений

023. Суть противовирусной терапии при ОГС в периоде высыпаний

а) способствовать быстрейшей эпителизации элементов поражения

б) способствовать снижению температурной реакции организма

в) стимулировать неспецифическую реактивность организма ребенка

г) предупредить рецидив высыпаний новых элементов поражения

д) способствовать дезинтоксикации организма

024. При высокой температуре ребенка 1.5-2 лет,

больного ОГС (выше 39°С), показаны

а) антибиотики

б) сульфаниламины

в) 2% раствор салициллата натрия

г) клизма с анальгином (1 мл 50% раствора в 25 мл воды)

д) интерферон

025. Для местного лечения ОГС в первые 3 дня наиболее показаны

а) противовирусные препараты

б) кератопластические средства

в) антисептические средства

г) противовирусные мази и обезболивающие вещества

д) все перечисленные выше вещества

026. Для местного лечения ОГС в катаральном периоде наиболее показаны

а) противовирусные препараты

б) кератопластические средства

в) антисептические вещества

г) противовирусные мази и обезболивающие средства

д) все перечисленные выше вещества

027. Ведущими лекарственными препаратами в местной терапии ОГС

в период угасания болезни являются

а) противовирусные средства

б) антисептики

в) кератопластические средства

г) протеолитические средства

д) ни один из указанных

028. Целесообразнее назначать ребенку с ОГС противовирусную терапию

а) в период высыпаний

б) в момент появления лимфаденита

в) в продромальный период

г) в период появления гингивита

д) во все указанные периоды

029. Более эффективны в фазе неспецифического воспаления

во время лечения ОГС и РГС

а) раствор хлорамина

б) раствор перекиси водорода

в) сок каланхоэ

г) настойка календулы

д) раствор фурациллина

030. Противовирусным действием обладают

а) бонафтоновая 0.5% мазь

б) флуцинар

в) неомициновая мазь

г) полимиксиновая мазь

д) нистатиновая мазь

031. Наименее эффективной противовирусной мазью,

применяемой местно для лечения герпетических поражений СОПР,

является

а) бонафтоновая мазь 0.5%

б) мазь флореналя 0.5%

в) теброфеновая мазь 0.25%

г) риодоксоловая мазь 0.5%

д) оксолиновая мазь 0.25%

032. Для лечения ОГС и РГС у ребенка используется

а) адималевая мазь 0.5%

б) алпизариновая мазь 2%

в) линимент госсипола 3%

г) мегосиновая мазь 3%

д) любая из перечисленных выше

033. Наиболее показаны при лечении ОГС следующие методы

антисептической обработки полости рта -

а) орошение полости рта антисептиками

б) антисептическая гигиеническая обработка зубов

в) оксигено-терапия

г) все перечисленные выше методы

д) ни один из перечисленных выше методов

034. Прием больных с ОГС предпочтительно должен осуществляться

а) в отдельном кабинете

б) в общем кабинете, специальным набором инструментов

в) в общем кабинете

г) ни один из перечисленных

д) любой из перечисленных

035. Ведущим в противоэпидемических мероприятиях

при вспышке ОГС в детском саду является

а) дезинфекция помещения

б) изоляция и лечение больных детей

в) установление источника инфекции

г) обезвреживание предметов общего пользования

д) определение путей передачи инфекции

036. Первоочередными противоэпидемическими мерами при ОГС и РГС

являются

а) индивидуальная гигиена полости рта, индивидуальная посуда

б) ежедневные осмотры детей с целью диагностики и изоляции больных

в) все перечисленное

г) дезинфекция помещений и предметов общего пользования

д) проведение всем контактированным детям без клинических симптомов

профилактических мероприятий

с использованием противовирусных мазей (3-4 раза в день)

037. Врачи-стоматологи при приеме больных ОГС и РГС в период обострения

должны соблюдать следующие профилактические меры

а) специфическая дезинфекция рабочего инструментария

б) наличие марлевой повязки на лице во время приема

в) кварцевание рабочего кабинета

г) все названные

д) ни один из них

038. Наиболее эффективная профилактика ОГС

в условиях стоматологической поликлиники заключается

а) в выделении специализированного кабинета для лечения

детей с заболеваниями слизистой оболочки полости рта

б) в ведении приема больных ОГС в лечебном кабинете общего профиля

в) в установлении определенных часов приема

для впервые обратившихся и повторно вызванных детей

г) в диспансеризации детей с рецидивирующей герпетической инфекцией

в полости рта

д) в употреблении масок врачом и мед.персоналом

039. Хронизации герпетической инфекции (развитию РГС) способствует

а) заболевание ОГС в определенное время года

б) возраст ребенка

в) пол ребенка

г) состояние иммунной системы ребенка

д) травма слизистой оболочки рта

040. Для подтверждения диагноза РГС необходимо провести ряд исследований.

Наиболее целесообразным путем уточнения диагноза является

а) исследование содержимого пузырьков на микрофлору

б) исследование мазков-отпечатков на наличие симпластов,

гигантских клеток (цитологический метод)

в) метод прямой электронной микроскопии для исследования

мазков-отпечатков с эрозией пузырьков

г) бактериологический метод

д) клиническое исследование

041. Для РГС характерны

а) неровные края эрозии, отсутствие инфильтрата в основании,

рецидивирующий характер

б) эрозия округлых очертаний с четкими границами,

рецидивирующий характер

в) эрозия, имеющая округлые очертания с приподнятыми краями,

одиночный элемент

г) ни один из названных

д) язва

042. Главным в местном лечении

хронического рецидивирующего герпетического стоматита является

а) применение средств, стимулирующих местный иммунитет

б) длительное местное лечение

с использованием противовирусных препаратов

в) применение кератопластических средств

г) применение обезболивающих средств

д) ни один из названных

043. Наиболее важным в тактике лечения

хронического рецидивирующего герпетического стоматита у детей является

а) применение противовирусных средств

б) применение противовоспалительных,

обезболивающих и кератопластических средств

в) выявление и ликвидация инфекционно-аллергического очага

в организме

г) курс лечения противовирусными препаратами

в сочетании с повышением уровня системы иммунитета

д) не знаю

044. Укажите схему противорецидивной терапии

для рецидивирующего герпетического стоматита

(при перманентном течении заболевания)

а) бонафтон 1 табл. 3 раза в день в течение 10 дней.

Иммуноглобулин противогерпетический по 1.5 мл через день в/м.

Курс 6 инъекций.

б) гамма-глобулин антистафилоккоковый 3 мл в/м через 3-4 дня.

Курс 6 инъекций. Аскорутин по 1 таб. 3 раза в день.

Преднизалон - 20 мг.

в) аевит по 1 капсуле 2-3 раза в день

г) дезоксирибонуклеаза - 25 мг в/м

д) любая из перечисленных

045. Какие из перечисленных лекарственных средств системного назначения

показаны больным с рецидивирующим герпесом (легкая степень тяжести,

частота рецидивов 1-2 раза в год)?

а) антигистаминные

б) кортикостероиды

в) специфические антивирусные препараты

г) иммунотерапия

д) витаминотерапия

046. Укажите специфические антивирусные препараты

для лечения рецидивирующего герпеса полости рта

а) интерферон

б) продигиозан

в) лизоцим

г) ДНК-аза

д) алпизарин

047. Укажите препараты, относящиеся к патогенетическим средствам

общей терапии РГС

а) левамизол

б) фенкарол

в) нуклеинат натрия

г) нистатин

д) преднизалон

048. Укажите лекарственные средства системного назначения,

которые показаны больным с рецидивирующим герпесом губ

средней степени тяжести

а) фенкарол

б) декарис

в) гамма-глобулин противокоревой

г) противогерпетическая вакцина

д) витаминотерапия (С)

049. Рецидивирующий герпетический стоматит дифференцируют

а) с опоясывающим лишаем

б) с острым герпетическим стоматитом

в) с рецидивирующими афтами полости рта

г) с каждым из названных

д) ни с одним из названных

050. Возбудителем герпангины является

а) вирус обычного герпеса

б) вирус ЕСНО и Коксаки

в) Candida

г) гемолитический стрептококк А

д) ни один из перечисленных

051. Патогенетическое лечение герпангины заключается

а) притивовирусное, кератопластическое

б) противовирусное лечение

в) применение средств физиотерапии

г) не знаю

д) ни один из названных

052. Дифференциально-диагностическим признаком между ОГС и герпангиной

является

а) при герпангине отсутствуют явления катарального гингивита

б) длительность заболевания

в) характер элементов поражения

г) локализация элементов поражения

д) ни один из названных

053. Опоясывающий лишай необходимо дифференцировать

а) с красным плоским лишаем

б) с пузырчаткой

в) с первичным сифилисом

г) с острым герпетическим стоматитом

д) ни с одним из них

054. Характерной локализацией высыпаний при герпесе Зостер является

а) локализация диффузно, на слизистой оболочке полости рта

б) локализация на коже

в) локализация по ходу сосудисто-нервных пучков

г) локализация на коже грудной клетки

д) ни одна из названных локализаций

055. Форма тяжести при рецидивирующем герпетическом стоматите

определяется

а) на основании клинических данных

б) в зависимости от количества рецидивов

в) от уровня подъема температуры тела

г) от локализации высыпаний

д) от длительности рецидива

056. При опоясывающем герпесе встречаются

следующие элементы поражения слизистой оболочки полости рта

а) эритема

б) волдырь

в) пузырек

г) гнойничок

д) эрозии с фестончатыми очертаниями

057. Главная задача лечения коревого стоматита заключается

а) в применении противовирусных средств

б) в хорошем гигиеническом уходе за полостью рта

в) в применении кератопластических средств

г) в применении анестезирующих препаратов

д) не знаю

058. Лечение стоматита при ветряной оспе заключается

а) в применении противовирусных препаратов в течение всей болезни

б) в антисептической обработке полости рта, обезболивании

в) в применении в начале болезни противовирусных препаратов,

в периоде развития заболевания - противовоспалительных,

в периоде угасания - кератопластических

г) в назначении противовоспалительных средств

д) не знаю

059. Наиболее типичен для первого года жизни ребенка

а) острый гингивит

б) хронический гингивит

в) хейлит

г) многоформная экссудативная эритема

д) ни одно из перечисленных заболеваний

060. Для 2-летнего возраста наиболее типичен

а) кандидоз

б) ОГС

в) афта Бернара

г) хейлит

д) У-образный атрофический гингивит

061. Наиболее часто встречается в возрасте 4 лет

а) афта Бернара

б) ОГС

в) многоформная экссудативная эритема

г) симптом рецидивирующих афт

д) все указанные заболевания

062. Наиболее типично для периода школьного возраста

а) ОГС

б) хейлит

в) У-образный атропический гингивит

г) афта Бернара

д) ни одно из перечисленных заболеваний

063. Для периода школьного возраста типично

а) ОГС

б) афта Бернара

в) многоформная экссудативная эритема

г) гингивит

д) ни одно из перечисленных заболеваний

064. Кровоизлияния в слизистую оболочку рта возможны

а) при нарушениях функции почек

б) при диатезах

в) при тромбоцитопениях разного происхождения

г) при гипопластической (опластической) анемии

д) при доброкачественных нейтропениях

065. Что важнее положить в основу классификации заболеваний

слизистой оболочки полости рта для составления диагноза заболевания?

а) характер элементов поражения

и тяжесть клинического развития болезни

б) локализацию патологических изменений

в) причины патологии

г) течение, вид и локализацию патологических изменений,

этиологические факторы

д) не знаю

066. Какое понятие характеризует патологическое состояние,

при котором происходит нарушение целостности

слизистой оболочки полости рта,

сопровождающееся расстройством функции?

а) заболевание

б) повреждение слизистой оболочки полости рта

в) изменение слизистой оболочки полости рта

г) не знаю

д) любой из названных

067. Какое понятие характеризует патологическое состояние,

при котором развивается нарушение жизнедеятельности организма

под влиянием чрезвычайных раздражителей внешней и внутренней среды,

понижением приспосабливаемости

при одновременной мобилизации защитных сил организма?

а) заболевание

б) повреждение

в) изменение

г) не знаю

д) не названо

068. Проявления в полости рта у ребенка имеют

а) корь

б) ветряная оспа

в) грипп

г) любое из названных

д) ни одно из названных

069. Проявления в полости рта у ребенка имеют

а) Х-гистиоцитоз

б) нейтропения

в) диабет

г) любое из названных

070. Проявления в полости рта у ребенка имеют

а) фосфат-диабет

б) сахарный диабет

в) кератодермия

г) любое из названных

д) ни одно из них

071. Многоформная экссудативная эритема - это

а) заболевание

б) повреждение слизистой оболочки полости рта

в) изменение слизистой оболочки полости рта

г) любое из названных

д) ни одно из названных

072. Симптом малинового языка относится

а) к заболеванию слизистой оболочки полости рта

б) к повреждению слизистой оболочки полости рта

в) к изменению слизистой оболочки

г) к любому из названных

д) ни к одному из названных

073. Какое понятие характеризует патологическое состояние,

при котором на слизистой оболочке полости рта

в виде отдельных симптомов проявляются заболевания организма?

а) заболевание слизистой оболочки полости рта

б) повреждение слизистой оболочки полости рта

в) изменение слизистой оболочки полости рта

г) любой из названных

д) ни одно из названных

074. Симптом "гунтеровского" языка относится

а) к заболеванию слизистой оболочки полости рта

б) к повреждению слизистой оболочки полости рта

в) к изменению слизистой оболочки полости рта

г) к любому из названных

д) ни к одному из названных

075. Некрозы слизистой оболочки рта наблюдаются

а) при заболеваниях ЦНС

б) при хронических заболеваниях ЛОР-органов

в) при болезнях крови и кроветворных органов

г) при заболеваниях органов дыхания

д) при хронических заболеваниях желудка

и других отделов пищеварительного тракта

076. Появлению хронических, рецидивирующих афт

на слизистой оболочке рта детей способствуют

а) вредная привычка прикусывать слизистую оболочку рта и щек

б) наличие рецидивирующих герпетических поражений губ и кожи лица

у членов семьи

в) пломбы из разных металлов

(галодент, серебряная и медная амальгамы),

ортодонтические коронки

г) хронические заболевания ЛОР-органов,

желудочно-кишечного тракта и др.

д) наследственные факторы,

влияющие на особенности реактивности организма

077. При каком ритме рецидивов афт в полости рта

можно назвать тяжелой форму заболевания?

а) ежемесячно

б) один раз в несколько лет

в) один раз в квартал

г) один раз в год

д) любой из названных

078. Стоматит Сеттона в период ремиссии характеризует

а) пузырек

б) волдырь

в) рубец

г) эрозия

д) пятно

079. При каких изменениях языка дети иногда жалуются на боли в языке

от некоторых видов пищи?

а) складчатый язык

б) обложенный язык

в) "волосатый" язык

г) "географический" язык

д) сочетание складчатого и "географического" языка

080. Причинами хейлитов у детей являются

а) нарушение носового дыхания

б) ослабление тонуса мимической мускулатуры рта

в) нарушение управления круговой мышцей рта

г) ни один из названных

д) все названное

081. Ведущим при лечении хейлитов у детей является

а) применение мазей, содержащих кортикостероиды

б) применение антибиотиков

в) восстановление функции смыкания губ

г) ликвидация вредных привычек

д) все перечисленное

082. Красная кайма, углы рта и прилежащая кожа поражаются

а) при сухой форме эксфолиативного хейлита

б) при экссудативной форме эксфолиативного хейлита

в) при атопическом (экзематозном) хейлите

г) при грандулярном хейлите

д) при образивном хейлите Манганотти

083. Главным в лечении хронических трещин губ (заеды) является

а) противовоспалительное лечение

б) противомикробное лечение

в) антимикотическое лечение

г) ортодонтическое лечение

д) миотерапия

084. Признаками стрепто-стафилококковых поражений (пиодермия)

красной каймы губ, кожи лица и слизистой оболочки рта являются

а) повышение температуры тела предшествует высыпаниям

б) температура тела повышается

при значительном распространении высыпаний

в) геморрагические корки на губах

г) единичные и сливающиеся эрозии, поверхностные изъязвления

преимущественно на слизистой оболочке губ, кончика языка,

реже единичные глубокие язвы с некротическим дном,

плотными краями

д) толстые, желтые ("медовые") корки,

пустулезные высыпания на коже и красной кайме губ

085. Основным фактором для возникновения кандидоза

у детей грудного возраста является

а) дисбактериоз

б) нарушения пищеварения

в) хроническая или острая травма (соской-пустышкой)

г) гиповитаминоз

д) ни один из названных

086. При кандидомикозе (молочнице) слизистой оболочки рта назначают

а) мази с антибиотиками

б) противовирусные мази

в) клотримазол (кавистен) - мазь или раствор после кормления ребенка

г) те же средства до кормления ребенка

д) ни одно из этих средств

087. Какое средство гигиены полости рта необходимо назначить

ребенку с грибковым стоматитом?

а) зубную пасту "Ремодент" (содержит препарат "ремодент")

б) зубную пасту "Ягодка" (содержит смесь буры с глицерином)

в) зубной эликсир "Здоровье" (содержит экстракт зверобоя)

г) зубную пасту "Лесная" (содержит хлорофилл: аскорбиновую кислоту)

д) гигиенический зубной порошок "С добрым утром!"

088. Клиническими признаками, характерными

для многоформной экссудативной эритемы, являются

а) везикулярные высыпания на губах и окружающей коже

б) папулы на кистях, предплечьях, лице и других участках тела

в) корки на губах и коже

г) эрозии разных размеров и форм на любых участках

слизистой оболочки рта на фоне разлитой гиперемии

д) все перечисленные

089. Наиболее характерной локализацией поражения кожи

при многоформной экссудативной эритемии является локализация

а) в подмышечной и паховой области

б) на тыльной поверхности кистей рук

в) на любых участках

г) поражения кожи не встречаются

д) все названные

090. Оптимальным для выявления источника аллергизации

при многоформной экссудативной эритеме является

а) острый начальный период заболевания

б) период высыпания на слизистой оболочке полости рта

в) период ремиссии

г) повторный рецидив

д) любой из названных

091. Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана вызывают

а) резкое снижение сопротивляемости организма

в связи с неблагоприятными социальными факторами

или тяжелыми заболеваниями

б) наличие кариозных зубов, отсутствие гигиены рта

в) препубертатный и пубертатный периоды развития

г) наличие фузоспириллярного симбиоза в десневом желобке

д) применение жесткой зубной щетки для чистки зубов

092. При стоматите Венсана используют

а) орошение полости рта антисептиками

б) оксигено-терапия

в) антисептическая гигиеническая обработка зубов

г) все перечисленные выше методы

д) ни один из перечисленных выше методов

093. При язвенно-некротическом гингиво-стоматите целесообразны

а) удаление только мягкого налета на зубах

б) удаление наддесневого и поддесневого зубного камня

в) удаление некротических участков в области поражения

г) глубокий кюретаж зубодесневых карманов

д) применение антибактериальных препаратов широкого спектра действия

и средств, повышающих сопротивление организма,

гигиена полости рта

094. Мягкую лейкоплакию в полости рта характеризует

а) пузырек

б) волдырь

в) рубец

г) эрозия

д) ни один из названных

Раздел 9

ЗАБОЛЕВАНИЯ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА

001. Что важнее положить в основу классификации заболеваний пародонта

для составления диагноза заболевания?

а) этиологические факторы

б) локализация патологического процесса

в) характер патологических изменений

г) локализация патологического процесса с одновременным отражением

его характера, причин и клинические течения

д) не знаю

002. В возникновении пародонтита первичны

а) воспаление

б) деструкция

в) пролиферация

г) ни один из перечисленных

д) любой из перечисленных

003. Какие аномалии зубочелюстной системы сопровождаются

заболеваниями краевого пародонта?

а) открытый прикус

б) тесное положение зубов

в) глубокий прикус

г) дистопия 33

д) любая из названных

004. Пародонтальным карманом является

а) физиологический десневой карман

б) ложный патологический

в) истинный патологический зубодесневой карман

г) ни один из перечисленных

005. О наличии истинного патологического зубодесневого кармана у детей

надежно свидетельствует

а) подвижность зуба

б) глубина зубодесневого кармана свыше 4 мм

в) рентгенологические симптомы патологии пародонта

г) любой из называнных

д) ни один из названных

006. Основным методом для выявления заболеваний пародонта

при диспансеризации детей у участкового стоматолога является

а) осмотр

б) проба Шиллера

в) рентгенологические исследования

г) генеалогический анамнез

д) не знаю

007. Массовым и обязательным исследованием при диспансерном исследовании

детей пубертатного возраста у стоматолога является

а) определение толерантности к глюкозе

б) рентгенологическое исследование

в) проба Шиллера-Писарева

г) любой из названных методов

д) ни один из них

008. Какие признаки окклюзиограммы следует считать проявлением патологии?

а) непрерывная дорожка "контактов"

б) штриховые отпечатки во фронтальном участке

в) равномерные по интенсивности отпечатки

г) любой из названных

д) ни один из них

009. Методом окклюзиографии можно установить

а) симптомы неравномерной нагрузки при аномалиях прикуса

б) симптомы неравномерной нагрузки при ортогнатическом прикусе

в) тесное положение зубов

г) все перечисленное

д) ни один из перечисленных

010. Какое исследование из названных наиболее целесообразно включить

в первую очередь в план диагностики заболеваний пародонта у детей 5 лет

с подвижностью временных моляров?

а) определение толерантности к глюкозе

б) анализ крови клинический

в) анализ мочи

г) все названные

д) ни один из названных

011. Физиологическими признаками окклюзиограммы ребенка следует считать

а) непрерывную "дорожку" контактов

б) штриховые отпечатки во фронтальном участке

в) равномерные по интенсивности отпечатки

г) любой из названных

д) ни один из названных

012. Проявления в полости рта имеет

а) болезнь Леттерера-Зиве

б) болезнь Крисчен-Шуллера

в) болезнь Таратынова

г) Х-гистиоцитоз

д) любое из названных

013. При каком из перечисленных ниже заблеваний имеется

наряду с челюстными костями поражение плоских костей черепа,

таза, лопатки, которые выявляются рентгенологически?

а) доброкачественная наследственная нейтропения

б) диабет

в) гиппоиммуноглобулинемия

г) синдром Папийона-Лефевра

д) Х-гистотиоцитоз

014. Основным рентгенологическим признаком

здорового сформированного пародонта является следующее -

а) вершины межзубных перегородок находятся

на уровне эмалевоцементной границы

б) замыкающая кортикальная пластинка четкая, независимо от высоты

и формы межзубных перегородок

в) кортикальная замыкающая пластинка четкая,

вершины межзубных перегородок находятся

на уровне эмалевоцементной границы

г) ни один из названных

д) любой из названных

015. Рентгенологическими симптомами патологии пародонта являются

а) деструкция кортикальной пластинки межзубной перегородки

б) диффузный остеопороз костной ткани

в) остеопороз межзубных перегородок

г) все перечисленные варианты

д) ни один из перечисленных вариантов

016. Ведущим рентгенологическим симптомом при поражениях пародонта

является

а) деструкция кортикальных пластинок межальвеолярных перегородок

б) смещение зубов

в) снижение высоты межальвеолярных перегородок

г) уплощение вершин межальвеолярных перегородок

д) остеопороз

017. Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом пародонтита

является

а) трапецивидная форма вершин межальвеолярных перегородок

б) диффузный остеопороз межзубных перегородок

в) деструкция твердых кортикальных пластинок

г) остеопороз альвеолярного отростка

д) все вышеперечисленные

018. Наиболее достоверными рентгенологическими симптомами пародонтита

является

а) деструкция кортикальных пластинок

б) диффузный остеопороз межзубных перегородок

в) остеопороз альвеолярного отростка

г) расширение периодонтальной щели в маргинальной области

д) не знаю

019. Ведущим признаком, отличающим хронический гингивит от пародонтита,

является

а) наличие патологического десневого кармана

б) воспаление десневого края

в) наличие зубного камня

г) рентгенологические симптомы

д) не знаю

020. На рентгенограмме челюстей ребенка отсутствует

твердая замыкающая пластинка межальвеолярных перегородок

а) при гингивите

б) при пародонтите

в) при любой из перечисленных

г) при пародонтозе

д) при пародонтите, пародонтозе, а также при гингивите,

если корни зубов еще не сформированы

021. Обязательным в профилактике заболеваний пародонта у детей является

а) гигиеническое обучение уходу за полостью рта

б) диспансеризация детей с системными заболеваниями организма

в) профилактика аномалий прикуса

г) выявление и коррекция аномалийного прикрепления мягких тканей

к костному скелету лица

д) все перечисленное

022. Наименее эффективен для профилактики заболеваний пародонта,

связанных со становлением гормонального статуса,

а) период раннего детского возраста

б) антенатальный период

в) предпубертатный период

г) пубертатный период

д) не знаю

023. Наиболее эффективным для профилактики заболеваний пародонта,

связанных с аномалиями прикуса, является

а) антенатальный период

б) период от 0 до 1 года

в) период от 1 до 10 лет

г) период от 10 до 13 лет

д) не знаю

024. Как наиболее оптимальные для детей с заболеваниями пародонта

при удалении поддесневого зубного камня следует избрать

а) инфильтрационное обезболивание раствором новокаина 0.25%

б) инфильтрационное обезболивание

раствором новокаина 0.25% с адреналином

в) проводниковую анестезию раствором новокаина 2% с адреналином

г) проводниковую анестезию раствором новокаина 2%

д) аппликационную анестезию

025. Для симптоматического лечения хронического катарального гангивита

не следует применять

а) растворы трипсина, химотрипсина, растворы антибиотиков,

антисептиков

б) то же + растворы желудочного сока

в) противовоспалительные средства растительного происхождения

в виде отваров, настоев

г) мази, содержащие сульфамидные препараты

д) мази с антибиотиками

026. Для лечения хронического гингивита предпочтительно применять

а) протеолитические ферменты

б) мази, содержащие антибиотики

в) противовоспалительные средства растительного происхождения

г) любые средства противовоспалительного действия

д) склерозирующую терапию

027. При лечении хронического гингивита с компонентом гиперплазии десны

применяются такие методы как

а) снятие зубного налета, бляшек, камня с зубов

б) противовоспалительная терапия

в) склерозирующая терапия

г) все перечисленные методы

д) ни один из перечисленных методов

028. Симптоматическое лечение хронического гингивита

с компонентом гиперплазии десны заключается

а) в применении противовоспалительных средств

б) в использовании противовоспалительных и склерозирующих средств

в) в физиотерапевтическом лечении

г) в применении склерозирующих средств

д) не знаю

029. В комплекс лечения заболеваний пародонта у детей

на заключительном этапе входят

а) уроки гигиены

б) профессиональная чистка зубов

и снятие поддесневых зубных отложений

в) пришлифовывание зубов

г) миотерапия

д) ортодонтическое лечение

030. В процессе лечения детей с заболеваниями краевого пародонта

наиболее целесообразно применять

а) лечебные зубные пасты

б) гигиенические зубные пасты

в) эликсиры

г) зубные порошки

д) дезодоранты для полости рта

031. Учитываете ли Вы качество ухода за полостью рта,

а также применяемые при этом методы и средства гигиены

при назначении курса лечения ребенку

с генерализованным заболеванием пародонта?

а) не считаю существенным это при лечении

детей с генерализованным пародонтитом

б) осуществляю профессиональную гигиену

в) рекомендую только полоскания полости рта

г) обязательно контролирую качество чистки зубов

и рекомендую повседневный контроль, осуществляемый родителями

д) учитываю и назначаю индивидуальные методы и средства гигиены

полости рта в зависимости от симптоматики заболевания

032. При лечении хронического гингивита в большей степени показана

а) гидротерапия в комплексе

с ионофорезом 5% раствора хлористого кальция

б) УФО

в) электрофорез с антибиотиками

г) гидротерапия

д) д`арсонвализация

033. Для лечения у детей хронического гингивита показан

а) свет гелий-неонового лазера

б) УВЧ-терапия

в) КУФ

г) д`арсонвализация

д) любой из названных видов

034. В большей степени показан у детей при лечении хронического гингивита

с явлениями гиперплазии десны

а) излучение гелий-неонового лазера

б) ионофорез с иодистым калием 5%

в) аутомассаж

г) точечная диатермокоагуляция

д) любой из названных видов

035. В большей степени показан для детей

при лечении хронического десквамативного гингивита

а) свет гелий-неонового лазера

б) ионофорез с иодистым калием 5%

в) аутомассаж

г) точечная диатермокоагуляция десневых сосочков

д) любой из перечисленных методов

036. В большей степени показан у детей при лечении У-образного гингивита

а) флюктуоризирующие токи

б) ионофорез с витамином С

в) аутомассаж

г) УВЧ

д) физиотерапия не показана

037. При генерализованном пародонтите

на фоне предполагаемого Х-гистиоцитоза у детей абсолютно необходима

а) рентгенография

б) определение глубины патологического кармана

в) исследование кровоточивости десны

г) определение прикуса

д) окклюзиография

Ситуационная задача (038-040)

Девочка 11 лет обратилась в детскую стоматологическую поликлинику

с жалобами на кровоточивость десен во время чистки зубов,

которая отмечается в течение последнего года. Девочка ранее не лечилась.

При внешнем осмотре: лицо симметричное, кожа лица сухая,

мягкая с участками пигментации. Дыхание осуществляется через рот.

Нарушены функции жевания и глотания. Среди вредных привычек

выявлено сосание предметов. Прикус глубокий, травмирующий.

Имеется сужение и укорочение зубных рядов, тесное положение зубов,

зубоальвеолярное удлинение фронтального участка нижней челюсти

и недостаточность апикального базиса на верхней и нижней челюсти.

Уздечки языка и губ средние. Глубина преддверия полости рта средняя.

Десна на всем протяжении гиперемированная, рыхлая.

Определяются ложные десневые карманы в области 21┬12

глубиной 2.0 мм с серозным выделением; поддесневой зубной камень.

Индекс КПУ+кп зубов = 8. Полостей - 8. Проба Шиллера положительная.

.Гигиенические навыки плохие. Зубы чистит с 6 лет,

нерегулярно. Зубная щетка мягкая. Зубы покрыты белым мягким налетом.

Гигиенический индекс = 3.0.

По данным рентгенологического исследования в области

кортикальные пластинки четкие, в боковых участках верхней и нижней

челюстей таковые отсутствуют. Вершины межзубных перегородок

на уровне эмалево-цементной границы. Корни

не сформированы. Клинические анализы крови и мочи без особенностей.

Заключение педиатра: практически здорова.

038. Предполагаемый диагноз заболевания пародонта

а) юношеский гингивит

б) хронический катаральный гингивит

в) юношеский хронический катаральный гингивит

вследствие зубочелюстной аномалии и негигиенического состояния

полости рта

г) хронический локализованный пародонтоз вследствие

зубочелюстной аномалии и негигиенического состояния полости рта

д) хронический генерализованный пародонтоз вследствие

зубочелюстной аномалии и негигиенического состояния полости рта

039. Индекс РМА равен

а) 12%

б) 17.5%

в) 25%

г) 38.2%

д) 54%

040. Тактикой для лечения ребенка является

а) на первом этапе -ортодонтическое лечение,

затем лечение гингивита (симптоматическое)

б) симптоматическое лечение заболевания пародонта,

затем ортодонтическое лечение

в) гигиеническое воспитание с контролем гигиенических навыков,

симптоматическое лечение, затем ортодонтическое лечение,

на протяжении которого периодически повторяется симптоматическое

г) ортодонтическое лечение,

на протяжении которого проводятся курсы симптоматической терапии

д) ортодонтическое лечение, перед которым и периодически

на протяжении которого повторяется комплекс,

включающий гигиеническое воспитание с контролем

гигиенических навыков, симптоматическое лечение

заболевания пародонта и реминерализующую терапию.

Ситуационная задача (041-043)

Девочка 10 лет считает себя больной в течение последнего года,

жалуется на кровоточивость десен во время чистки зубов.

При исследовании: лицо симметричное, кожа мягкая, влажная.

Дыхание через нос. Функция глотания протекает физиологично.

Нарушено откусывание пищи. Вредных привычек не выявлено.

Преддверие полости рта средней глубины. Уздечка верхней губы слабая,

уздечка нижней губы и языка - средние. Прикус постериальный, глубокий,

травмирующий. Сужение нижнего зубного ряда, уплощение и альвеолярное

удлинение фронтального участка зубного ряда нижней челюсти.

Недостаточность апикального базиса на нижней челюсти.

Десна в области 21┬12 цианотичная, рыхлая, с глубокими карманами

(3-3.5 мм), отстает от шеек зубов. Проба Шиллера положительная.

654321  123456. . Индекс КПУ = 2, индекс гигиены = 4.0

Гигиенические навыки плохие. Для ухода за зубами пользуется

мягкой щеткой и зубным порошком.

При рентгенологическом исследовании челюстей установлено отсутствие

кортикальных пластин вершин межальвеолярных перегородок

в области всех зубов.

По заключению педиатра девочка практически здорова.

041. Предполагаемый диагноз заболевания

а) локализованный пародонтит, сочетающийся с постериальным глубоким

травмирующим прикусом, плохой гигиеной полости рта

б) генерализованный пародонтит, сочетающийся с постериальным

глубоким травмирующим прикусом, гигиеной полости рта

в) хронический гипертрофический гингивит,

сочетающийся с постериальным глубоким травмирующим прикусом,

плохой гигиеной полости рта

г) хронический катаральный гингивит, сочетающийся с постериальным

глубоким прикусом, плохой гигиеной полости рта

д) хронический катаральный гингивит верхней челюсти

и хронический локализованный гипертрофический гингивит,

сочетающийся с постериальным глубоким травмирующим прикусом,

плохой гигиеной полости рта

042. Индекс РМА равен

а) 33%

б) 34.9%

в) 48%

г) 51%

д) 100%

043. Необходимо назначить следующее симптоматическое лечение -

а) противовоспалительное

б) склерозирующее

в) гигиеническое содержание зубов

г) вакуум-массаж

д) все перечисленное выше

Ситуационная задача (044-046)

Девочка 14 лет обратилась в стоматологическую поликлинику с жалобами

на кровоточивость десен во время чистки зубов. Больна в течение года,

лечения не получала. При внешнем осмотре: лицо симметричное,

кожа сухая. Дыхание свободное, через нос. Нарушены функции глотания

и жевания. Вредные привычки не выявлены. Прикус постериальный,

глубокий, без смещения. Имеется сужение и укорочение нижнего

и верхнего зубных рядов. Недостаточность апикального базиса на нижней

челюсти. Зубоальвеолярное удлинение и уплощение фронтального участка

зубного ряда нижней челюсти, тесное положение зубов.

Уздечки губ и языка средние, преддверие полости рта средней глубины.

Десна на всем протяжении гиперемирована, рыхлая. В области всех зубов

имеются десневые карманы с серозным выделением, глубина которых

составляет 3 мм. На зубах нижней челюсти определяется над-

и поддесневый зубной камень. Индекс КПУ зубов = 3, полостей - 3,

индекс гигиены = 2.5 (по методике ВОЗ).

Гигиенические навыки удовлетворительные. Зубы чистит с 5 лет

гигиенической пастой 1 раз в день. После еды полощет рот.

Проба Шиллера положительная.76543211234567.

Рентгенологическое исследование позволило выявить

наличие четких кортикальных пластинок вершин

межальвеолярных перегородок. Корни зубов сформированы.

044. Предполагаемый диагноз заболевания пародонта

а) юношеский гингивит

б) хронический катаральный генерализованный гингивит,

сочетающийся с глубоким травмирующим прикусом

и сужением челюстей, плохим состоянием гигиены

в) хронический генерализованный гипертрофический гингивит,

сочетающийся с глубоким травмирующим прикусом

и сужением челюстей, плохим состоянием гигиены

г) хронический локализованный пародонтит, сочетающийся с глубоким

травмирующим прикусом и сужением челюстей,

плохим состоянием гигиены

д) юношеский хронический генерализованный

гипертрофический гингивит, сочетающийся с глубоким травмирующим

прикусом, сужением челюстей и плохим состоянием гигиены

045. Индекс РМА равен

а) 24%

б) 33%

в) 45%

г) 58%

д) 67%

046. Для подтверждения диагноза необходимо

а) консультация педиатра

б) анамнез

в) анализ данных менструального календаря

г) консультация детского гинеколога

д) все перечисленное выше

Раздел 10

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЗУБОВ, ЧЕЛЮСТЕЙ И ЛИЦА

001. У ребенка после уранопластики сохраняется ринолалия.

Часто болеет отитом. В настоящее время ребенок должен лечиться а) у хирурга-стоматолога

б) у логопеда

в) у отоларинголога

г) у логопеда и отоларинголога

д) в лечении не нуждается

002. Какую распространенность врожденных расщелин губы и неба

Вы считаете более достоверными в экологически благополучном регионе?

а) 1 : 1000

б) 1 : 2000

в) 1 : 3000

г) 1 : 5000

д) 1 : 10000

003. Показанием к хирургической коррекции уздечки языка

является формирующаяся аномалия прикуса в возрасте

а) до 3 лет

б) 3-7 лет

в) 7-9 лет

г) после 9 лет

д) после 15 лет

004. Показанием к хирургической коррекции уздечки языка

является нарушение произношения язычно-небных звуков в возрасте

а) до 3 лет

б) 3-7 лет

в) 7-9 лет

г) после 9 лет

д) в любом возрасте

005. Показанием к хирургической коррекции уздечки языка

является формирование локального пародонтита в возрасте

а) до 3 лет

б) 3-7 лет

в) 7-9 лет

г) после 9 лет

д) в любом возрасте

006. Хирургическую коррекцию уздечки верхней губы целесообразно проводить

в возрасте

а) до 1 года

б) 1-3 лет

в) 3-6 лет

г) 6-8 лет

д) старше 8 лет

007. С наибольшей вероятностью потребует коррекции уздечки верхней губы

а) диастема при отсутствии зачатков 22

б) нарушение функции смыкания губ неуточненной этиологии

в) плотное прилегание зачатков 22 к корням 11

при диастеме менее 2.5 мм

г) множественные тремы

д) диастема, сочетающаяся с тесным положением зубов

или зачатков фронтальной группы

008. Менее всего влияет на наличие диастемы в постоянном прикусе

а) генетический вариант строения

б) наличие сверхкомплектных зубов

в) аномалия прикрепления уздечки верхней губы

г) вариант строения срединного небного шва

д) раннее удаление временных резцов

009. Абсолютным показанием к пластике уздечки верхней губы является

а) нарушение смыкания губ при свободном носовом дыхании

б) диастема

в) факт наличия аномалии уздечки верхней губы

г) отсутствие закладки 22

д) множественные тремы

010. Аномалия уздечки нижней губы чаще приводит

а) к дефекту речи

б) к локальному пародонтиту

в) к уплощению центрального фрагмента нижней челюсти

г) к нарушению соотношения челюстей

д) к веерообразному расхождению зубов

011. Показание к пластике преддверия (нижнего) рта формируется в возрасте

а) до 3 лет

б) 3-7 лет

в) 7-9 лет

г) 9-12 лет

д) 12-15 лет

012. Какой вариант лечения Вы выберите,

выявив у ребенка 1 месяца прорезавшиеся 1┬1?

а) направлю удалить зубы независимо от отсутствия жалоб

б) буду наблюдать за прибавлением веса ребенка

в) буду наблюдать за состоянием слизистой оболочки

нижней поверхности языка

г) изготовлю каппу из быстротвердеющей пластмассы

д) определю тактику в зависимости от характера вскармливания ребенка

013. Симптомом адентии часто сопровождается

а) эктодермальная дисплазия

б) расщелина верхней губы и альвеолярного отростка

в) расщелина неба

г) врожденные кисты шеи

д) синдром I-II жаберных дуг

014. Какую патологию в первую очередь искать в челюстно-лицевой области,

выявив у ребенка нарушения формы наружного уха?

а) одностороннее недоразвитие челюстных костей

б) частичную адентию

в) наличие кист шеи

г) расщелину неба

д) порок строения носа

015. При каком из перечисленных пороков может потребоваться

новорожденному неотложная помощь?

а) аномалия уздечки верхней губы

б) аномалия уздечки языка

в) расщелина верхней губы

г) свищ на губе

д) расщелина неба

016. Врожденный предушный свищ осложняет

а) кровоточивость

б) воспаление

в) озлокачествление

г) нарушение слуха

д) не вызывает осложнений

017. К врожденным нельзя отнести

а) папиллому слизистой нижней губы

б) недоразвитие нижней челюсти

в) частичную адентию

г) короткую уздечку языка

д) ретенционную кисту малой слюнной железы

018. Дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба должны лечиться

а) у хирурга-стоматолога

б) у хирурга-стоматолога и ортодонта

в) у хирурга-стоматолога детского и логопеда

г) у педиатра и хирурга-стоматолога детского

д) у группы специалистов в центрах диспансеризации данного профиля

019. Прямым показанием к удалению сверхкомплектного зуба служит

а) определение его наличия методом рентгенографии

б) несоответствие формы коронки сверхкомплектного зуба

групповой принадлежности (резцам)

в) несоответствие степени сформированности зуба возрасту ребенка

г) задержка прорезывания или дистония комплектного зуба

д) не указан

020. В каком случае при пластике уздечки верхней губы

показана комплектостеотомия?

а) всегда показана

б) при диастеме, превышающей 2 мм и дивергенции корней

в) при выраженных фиброзных тяжах

г) при любой диастеме

д) не знаю

021. Укажите метод лечения боковых, средних кист и свищей шеи

а) лучевая терапия

б) оперативное хирургическое вмешательство

в) комплексное лечение, включающее хирургическое вмешательство

с последующей лучевой и химиотерапией

г) диатермокоагуляция

д) криовоздействие

022. Чем объяснить, что дети с врожденными расщелинами губы и неба

чаще всего болеют простудными воспалительными заболеваниями

верхних дыхательных путей и легких?

а) наличием расщелины

б) деформацией челюстных костей

в) функциональными нарушениями вскармливания

г) нарушениями функции дыхания

д) не болеют простудными заболеваниями чаще других

023. Показанием к коррекции аномалии уздечки языка

вероятнее всего может быть у ребенка 9-10 лет

а) нарушение речи

б) нарушение акта приема пищи

в) тесное положение зубов во фронтальном отделе

г) локальный гингивит

д) невозможность проведения

ортодонтического лечения назубными аппаратами

024. Хирургическое лечение врожденной полной расщелины,

альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба у ребенка

чаще всего проводится

а) в грудном возрасте

б) в период новорожденности

в) в младшем школьном возрасте

г) в дошкольном возрасте

д) в старшем школьном возрасте

025. Наиболее рациональным показанием

к операции пластики преддверия полости рта у детей служит

а) наличие гингивита + мелкое преддверие полости рта

б) выявление мелкого преддверия полости рта

как "фактора риска" для формирования патологии

в) короткая уздечка нижней губы

г) наличие аномалии прикуса

д) у детей не показано

026. Оптимальным для хейлопластики является

а) грудной возраст

б) преддошкольный возраст

в) дошкольный возраст

г) школьный возраст

д) период новорожденности

027. Прямым показанием к рассечению уздечки языка в грудном возрасте

служит

а) наличие короткой уздечки языка

б) затрудненное сосание

в) короткая уздечка в сочетании с ретрогенией

г) не знаю

д) недостаточное прибавление веса ребенка

028. Операцию по поводу короткой уздечки языка у новорожденного

лучше проводить

а) в родильном доме

б) в хирургическом кабинете детской поликлиники

в) в стоматологической детской поликлинике

г) в хирургическом отделении детской стоматологической поликлиники

д) в стоматологическом детском хирургическом отделении стационара

029. Проводить хирургическое лечение

ребенка с врожденной расщелиной губы и неба лучше всего

а) в условиях поликлиники

б) в общехирургическом стационаре

в) в детских хирургических отделениях

г) в специализированных детских стоматологических стационарах

д) не имеет значения

030. Врожденные расщелины верхней губы формируются

а) на 1-й неделе беременности

б) на 1-м триместре беременности

в) во 2-м триместре беременности

г) в 3-м триместре беременности

д) на последнем месяце беременности

031. При несовершенном дентиногенезе поражены

а) все молочные зубы

б) все постоянные зубы

в) все молочные и постоянные зубы

г) постоянные резцы

д) молочные моляры

032. К развитию флюороза зубов приводят

а) общие заболевания ребенка

б) заболевания матери в период беременности

в) избыточное содержание фтора в питьевой воде

г) пища и избыточным содержанием углеводов

д) недостаточная гигиена полости рта

033. Поставить диагноз гипоплазии эмали пятнистой формы можно используя

а) опрос, осмотр

б) выслушивание, перкуссию

в) рентгенографию, одонтодиагностику

г) витальное окрашивание

д) реодентографию, термометрию

034. Чаще всего поражаются при флюорозе

а) временные моляры

б) все временные зубы

в) постоянные резцы

г) все постоянные зубы

д) все временные и постоянные зубы

035. Чаще всего поражаются при несовершенном амелогенезе

а) только все временные зубы

б) только все постоянные зубы

в) все временные и постоянные зубы

г) временные моляры

д) постоянные резцы

036. При синдроме Стентона-Капдепона поражены

а) эмаль временных зубов

б) эмаль постоянных зубов

в) дентин временных и постоянных зубов

г) эмаль и дентин постоянных зубов

д) все ткани временных и постоянных зубов

037. К местной гипоплазии эмали постоянных зубов приводят

а) общие заболевания матери во время беременности

б) общие заболевания ребенка на первом году жизни

в) воспаление от корней молочных зубов

и вколоченный вывих молочного зуба

г) заболевание матери на первом году жизни ребенка

д) искусственное вскармливание ребенка

038. В план обследования ребенка необходимо включить

рентгенологическое исследование при диагностике

а) пороков развития зубов

б) кариеса и его осложнений

в) тесного положения зубов

г) травмы зубов

д) при всех перечисленных выше

039. По наследству передаются

а) флюороз

б) гипоплазия

в) налет Пристли

г) синдром Стейнтона-Капдепона

д) кариес зубов

Раздел 11

ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ.

ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ОРТОДОНТИИ

001. Какая форма альвеолярных отростков является нормой

для детей на первом году жизни?

а) форма эллипса

б) трапециевидная

в) полукруглая

г) Y-образная

д) ни один из перечисленных

002. Каково правильное соотношение челюстей в вертикальном направлении

в сформированном временном прикусе?

а) фронтальные зубы верхней челюсти перекрывают нижние на 1/3

б) краевое смыкание резцов

в) фронтальные зубы верхней челюсти

перекрывают нижние меньше, чем на 1/3

г) отсутствие контактов между передними зубами

д) наличие трем между передними зубами

003. Главным для характеристики прикуса у ребенка является

а) количество зубов

б) форма зубных рядов

в) перекрытие фронтальных зубов

г) положение зубов

д) форма зубных рядов и их соотношение

в состоянии центральной окклюзии

004. Какие из перечисленных признаков оптимально характеризуют

смыкание зубов в центральной окклюзии в постоянном прикусе?

а) каждый зуб имеет по одному антагонисту

б) каждый зуб имеет по два антагониста

в) каждый зуб имеет по два антагониста

за исключением вторых резцов и вторых моляров

г) каждый зуб имеет по два антагониста

за исключением центральных нижних резцов

и последних верхних моляров

д) каждый зуб имеет по два антагониста

за исключением центральных нижних резцов

005. Изменение кривизны альвеолярных отростков по вертикали

у детей до 1 года свидетельствует

а) о подготовке к прорезыванию зубов

б) о формировании открытого прикуса

в) о варианте роста альвеолярных отростков у данного ребенка

г) о формировании зубочелюстных аномалий в вертикальном направлении

д) ни один из перечисленных ответов

006. Наличие сагиттальной щели у ребенка после 6 месяцев свидетельствует

а) о формировании трансверзальных аномалий прикуса

б) о формировании открытого прикуса

в) о формировании перекрестного прикуса

г) о формировании дистального прикуса

д) правильный ответ не назван

007. Формирование какой функции зубочелюстной системы

наиболее активно нарушается при укороченной уздечке языка

у детей 9-12 месяцев?

а) функция глотания

б) функция дыхания

в) функция сосания

г) функция смыкания губ

д) функция речи

008. Какое положение нижней челюсти у новорожденного

считается физиологическим?

а) дистальное

б) нейтральное

в) антериальное

г) правильный ответ не назван

д) мезиальное

009. Какое положение нижней челюсти у детей в 6-9 месяцев

относится к варианту нормы?

а) дистальное

б) нейтральное

в) антериальное

г) мезиальное

д) правильный ответ не назван

010. В развитии готической формы неба основным этиологическим фактором

является

а) генетическая обусловленность

б) вредная привычка сосания языка

в) нарушение носового дыхания

г) нарушение осанки

д) сосание соски

011. Язык при глотании у детей в возрасте одного года упирается

а) в верхнюю губу

б) в нижнюю губу

в) в резцы верхней и нижней челюсти при отсутствии их смыкания

г) в резцы верхней и нижней челюсти при сомкнутых зубах

д) в нижние резцы при сомкнутых зубах

012. В стадии отправного толчка при инфантильном виде глотания

язык находится:

а) на дне полости рта

б) за верхнечелюстными альвеолярными отростками

в) между передними зубами

г) между зубами

д) за нижними передними зубами

013. Для физиологического типа глотания характерно положение языка

а) между передними зубами

б) за верхними резцами

в) упирается в верхнюю губу

г) упирается в нижнюю губу

д) отталкивание языка от внутренней поверхности губ

014. Функция жевания начинает формироваться

а) в 6-9 месяцев

б) в 12 месяцев

в) после 1.0-1.5 лет

г) после прорезывания центральных резцов на верхней и нижней челюсти

д) после прорезывания боковых резцов на верхней и нижней челюсти

015. Сосательный рефлекс у ребенка угасает в норме

а) 3-6 месяцев

б) 9-12 месяцев

в) после 1 года

г) в 6-9 месяцев

д) после прорезывания временных зубов

016. Давящая повязка на альвеолярный отросток верхней челюсти

показана при

а) формирующемся открытом прикусе

б) нарушенном носовом дыхании

в) протрузии верхней челюсти

г) зубоальвеолярной протрузии верхней челюсти

д) формирующемся глубоком прикусе

017. Основным дифференциально-диагностическим признаком

формирующихся аномалий и вариантов нормы прикуса является

а) предрасполагающий фон для развития патологии

б) активнодействующая причина

в) функциональные отклонения зубочелюстной системы

г) ранние морфологические признаки аномалий прикуса

д) наследственный фактор

018. Основным клиническим признаком правильного соотношения челюстей

по отношению к трансверзальной плоскости

у детей с молочным прикусом является

а) межрезцовые линии верхнего и нижнего зубных рядов

совпадают между собой и с серединной линией лица,

щечные бугры верхних моляров перекрывают

щечные бугры нижних моляров

б) межрезцовые линии верхнего и нижнего зубных рядов

совпадают между собой

в) щечные бугры верхних моляров незначительно перекрывают

щечные бугры нижних моляров

г) межрезцовая линия нижнего зубного ряда

совпадает с серединной линией лица

д) щечные бугры верхних моляров смыкаются

с щечными бургами верхних моляров

019. Нормой для сформированного молочного прикуса является

следующая форма зубных рядов

а) зубной ряд верхней челюсти имеет форму полуэллипса,

нижняя - полукруга

б) зубной ряд верхней челюсти имеет форму полукруга,

нижней челюсти - полуэллипса

в) зубные ряды челюстей имеют форму полуэллипса

г) зубы челюстей располагаются по средней окклюзионной кривой,

образуя плотные бугрово-фиссурные контакты

д) зубные ряды имеют форму полуокружности

020. К раннему признаку изменения формы верхней челюсти,

выявленному при осмотре ребенка,

следует отнести следующий симптом зубочелюстных аномалий

а) вестибулярное положение зубов

б) альвеолярную протрузию

в) изменение формы альвеолярного отростка

г) высокое небо

д) сужение верхней челюсти

021. Основным симптомом неправильного глотания,

ведущим к развитию открытого прикуса, является

а) напряжение мышц нижней губы при глотании

б) напряжение мышц подбородка при глотании

в) при глотании в момент отправного толчка язык

устремляется в межзубное пространство

г) симптом "наперстка"

д) напряжение височных мышц

022. О развитии аномалий прикуса,

обусловленных нарушением носового дыхания, свидетельствует

а) наклон головы вперед

б) нарушение смыкания губ

в) удлинение нижней трети лица в состоянии покоя

г) несмыкание губ

д) наличие двойного подбородка

023. Активнодействующей причиной,

ведущей к уплотнению фронтального участка нижней челюсти, может быть

а) низкое прикрепление уздечки языка

к альвеолярному отростку нижней челюсти

б) прикрепление уздечки языка

к альвеолярному отростку нижней челюсти

в) широкая уздечка нижней губы

г) сосание нижней губы

д) все перечисленное

024. В результате вредной привычки во время сна подкладывать руки

под голову и давить на нижнюю челюсть формируется

а) уплощение челюсти с одной стороны

б) изменение тонуса мышц челюстно-лицевой области

в) сужение верхней челюсти

г) смещение нижней челюсти в сторону

д) сужение верхнего зубного ряда

025. Слишком высокое изголовье во время сна у грудных детей ведет

а) к смещению нижней челюсти назад и сдерживает рост челюсти вперед

б) не влияет на соотношение челюстей

в) к смещению нижней челюсти вперед

г) к деформации челюстей

д) к развитию открытого прикуса

026. Запрокидывание головы во время сна ребенка ведет

а) к смещению нижней челюсти вперед

б) не влияет на соотношение челюстей

в) к смещению нижней челюсти назад, не препятствуя ее росту вперед

г) к формированию глубокого прикуса

д) к формированию открытого прикуса

027. Вредная привычка сосания пустышки и соски приводит

а) к дистальному положению нижней челюсти

б) к формированию готического неба

в) к протрузии фронтального участка верхней челюсти

г) к ретрузии фронтального участка нижней челюсти

д) нет правильного ответа

028. Укажите симптомы,

характеризующие формирующийся дистальный прикус:

а) глубокое резцовое перекрытие

б) привычка закусывать нижнюю губу

в) бугровое соотношение мезиальных бугров первых постоянных моляров

г) верно а) и б)

д) верно б) и в)

029. Укажите среди перечисленных признаков,

наиболее характерный для формирующегося мезиального соотношения

зубных рядов в периоде временного прикуса

а) краевое смыкание резцов

б) язычный наклон резцов на нижней челюсти

в) сужение верхнего зубного ряда

г) нестершиеся бугры временных клыков,

привычка давить языком на нижние зубы

д) привычка выдвигать нижнюю челюсть вперед

030. Тактика врача в отношении детей,

имеющих генетическую обусловленность к развитию аномалий прикуса

а) стимулировать рост челюстей

б) задерживать рост челюстей

в) регулировать рост челюстных костей

г) предупредить и устранить причины,

способствующие усугублению аномалий прикуса

д) не знаю

031. Наиболее частой причиной развития мезиального прикуса

со смещением нижней челюсти вперед является

а) вредные привычки

б) изменение положения языка

в) нестершиеся бугры клыков временных зубов

г) нарушение дыхания

д) не знаю

032. Формированию деформаций зубного ряда у детей

в период сменного прикуса способствует

а) неправильная закладка зубов

б) раннее удаление зубов

в) сверхкомплектные зубы

г) аномалии мягких тканей полости рта

д) хронические заболевания

033. Укажите фактор риска,

способствующий развитию зубочелюстных аномалий

в период временного прикуса

а) преждевременное удаление зубов

б) аномалии прикрепления мягких тканей в преддверии полости рта

в) раннее удаление временных зубов

г) вредные привычки у ребенка

д) все перечисленное

034. Укажите, ведущий неблагоприятный фактор

в формировании зубочелюстных аномалий в антенальном периоде ребенка

а) наследственность

б) заболевания матери

в) неправильное положение плода

г) травма психическая и механическая матери

д) нарушение режима питания матери

035. Укажите вероятную причину, приводящую к возникновению

дистального (постериального) прикуса

а) привычка сосать палец

б) привычка закусывать нижнюю губу

в) привычка закусывать верхнюю губу

г) нарушение функции дыхания

д) нестершиеся бугры временных клыков

036. Укажите ведущий признак, обусловливающий нарушение функции речи

а) короткая уздечка языка

б) мощная уздечка верхней губы

в) нарушение сроков прорезывания зубов

г) пониженный тонус круговой мышцы рта

д) ротовое дыхание

037. Укажите наиболее вероятную причину,

приводящую к возникновению перекрестного прикуса

а) привычка смещать челюсть в сторону

б) привычка сосать палец

в) ленивое жевание

г) инфантильный способ глотания

д) разрушение коронок зубов

038. Укажите вероятную причину,

приводящую к возникновению глубокого прикуса

а) ранняя потеря боковых зубов

б) ленивое жевание

в) неправильное глотание

г) привычка сосать палец

д) привычка давить рукой на челюсть

039. Укажите вероятную причину,

приводящую к возникновению открытого прикуса

а) смешанное дыхание

б) удаление временных моляров

в) несоответствие размеров зубов и челюстей

г) привычка сосать палец

д) неправильное положение языка в покое и при глотании

040. Укажите ведущую причину,

приводящую к возникновению мезиального (антериального) прикуса

а) привычки давления языка на нижние передние зубы

и смещение нижней челюсти вперед

б) неравномерная стираемость временных зубов

в) раннее удаление временных зубов на нижней челюсти

г) аномалия прикрепления уздечки языка

д) неправильное глотание

041. Формирующиеся аномалии переходят в сформированные вследствие

а) наличия активнодействующих причин

б) функциональных отклонений

в) генетически обусловленных факторов

г) ранней потери зубов

д) всех перечисленных факторов

042. Этиологическим фактором в развитии аномалии прикуса является

а) ребенок сосет палец

б) у отца симптом верхнечелюстной прогнатии

в) спит с раскрытым ртом

г) раннее удаление зубов

д) все перечисленное

043. Прогнозировать развитие зубочелюстных аномалий позволяют

а) неправильное вскармливание

б) нарушение дыхания

в) у родителей аномалии прикуса

г) вялое жевание

д) вредные привычки

044. С большей вероятностью прогнозировать

симптом тесного положения фронтальных зубов можно

а) в первый год жизни

б) в раннем возрасте

в) в дошкольном возрасте

г) в школьном возрасте

д) во всех периодах

045. Диагноз "формирующаяся патология" основан на выявлении

а) активнодействующих причин

б) симптомов зубочелюстных аномалий

в) факторов риска

г) этиологического фактора

в сочетании с незначительными отклонениями норм прикуса

д) пассивно действующие причины

046. Наиболее частой причиной сужения зубного ряда верхней челюсти

является

а) привычка сосать палец

б) неправильное положение языка

в) привычка прикусывать верхнюю губу

г) нарушение функции дыхания

д) не знаю

047. Укажите сведения из анамнеза, которые могут иметь значение

для неблагоприятного прогноза дистального прикуса

а) ребенок со дня рождения был на искусственном вскармливании,

болел рахитом, у матери дистальный глубокий прикус

б) у ребенка на 1-м году жизни было воспаление легких,

смешанное вскармливание с 5 месяцев,

первые зубы прорезались в 6 месяцев

в) ребенок в 3 месяца поднимал голову,

отмечен кариес V┬V зубов

г) изменение формы челюстей, во сне подкладывает руку под голову

д) короткая уздечка верхней губы

048. Ведущим клиническим признаком

генетически обусловленной верхнечелюстной прогнатии является

а) выступление верхней губы

б) большая верхняя челюсть

в) наклон резцов верхней челюсти вперед

г) нарушение смыкания зубных рядов в сагиттальной плоскости

д) большая верхняя и уменьшенная нижняя челюсть

049. Ведущим клиническим признаком

генетически обусловленной нижнечелюстной прогнатии является

а) выступление подбородка

б) сглаженность подбородочной складки

в) соотношение первых постоянных моляров по III классу Энгля

г) уменьшение верхней челюсти во фронтальном отделе

д) расположение нижних фронтальных зубов впереди верхних

050. Младенческая ретрогения обусловлена

а) увеличением верхней челюсти

б) увеличением нижней челюсти

в) дистальным положением нижней челюсти

г) увеличением нижней челюсти относительно верхней

и уменьшением верхней челюсти

д) мезиальным положением верхней челюсти

051. Какие методы рентгенологического исследования целесообразно провести

для определения симметричного роста нижней челюсти?

а) панорамная рентгенограмма нижней челюсти

б) боковая телерентгенограмма

в) томограмма височно-нижнечелюстного сустава

г) ортопантограмма и телерентгенограмма в правой проекции

д) внутриротовая контактная рентгенограмма

052. Какой лицевой признак позволяет предположить

недоразвитие фронтального участка верхней челюсти?

а) западение верхней губы

б) западение верхней губы и выраженные носогубные складки

в) западение подносовой точки и выраженные носогубные складки

г) западение верхней губы, подносовой точки

и выраженные носогубные складки

д) западение верхней губы и выраженные носогубные складки

053. Недостаток места при тесном положении зубов чаще возникает вследствие

а) наличия крупных зубов

б) сужения зубного ряда

в) перемещения зубов мезиально

г) несоответствия размеров зубов и челюстей

д) уменьшения переднего отрезка зубных рядов

054. Об изменении формы зубного ряда свидетельствует

а) тесное положение зубов

б) изменение перекрытия во фронтальном участке

в) наличие щели между резцами

г) вестибулярное положение клыков

д) уплощение фронтального участка зубного ряда

055. В норме соотношение зубных рядов в сагиттальном направлении

в сформированном временном прикусе характеризует

а) краевое смыкание резцов

б) верхний зубной ряд имеет форму полуэллипса, нижний - параболы

в) вторые временные моляры образуют мезиальную ступеньку

при смыкании зубных рядов в центральной окклюзии

г) дистальные поверхности вторых временных моляров

при смыкании зубных рядов в центральной окклюзии

находятся в одной плоскости

д) глубокое фронтальное перекрытие

056. Основным клиническим признаком сужения зубных рядов является

а) изменение переднего отрезка

б) недостаточность апикального базиса

в) степень сужения

г) изменение формы зубного ряда

д) нарушение окклюзионных контактов

057. Укажите основной симптом открытого прикуса

а) отсутствие контакта между зубами верхней и нижней челюсти

б) неполное прорезывание зубов фронтальной группы

в) наклон резцов верхней челюсти

г) отсутствие смыкания в вертикальной плоскости

между отдельными зубами верхней и нижней челюсти

д) увеличение высоты нижнего отдела лица

058. Клиническими признаками, характерными для деформации зубного ряда,

являются

а) тесное положение зубов

б) дистопия зубов

в) стираемость зубов

г) подвижность зубов

д) изменение формы и размера зубного ряда

059. Для дистопии зубов характерно

а) поворот зуба вокруг своей продольной оси

б) неправильное положение зуба

в) задержка прорезывания зуба

г) уменьшение коронки зуба

д) неправильное расположение зачатка

060. Основным клиническим признаком при диастеме является

а) увеличение размеров верхней челюсти

б) нарушение смыкания зубных рядов

в) расширение верхнего зубного ряда

г) промежуток между центральными резцами

д) несовпадение средней линии

061. К аномалиям положения зубов относятся

а) адентия боковых резцов

б) раннее прорезывание клыков

в) сверхкомплектные зубы

г) ретенция клыков

д) вестибулярное прорезывание клыков

062. Решающим при определении ортодонтических показаний

к удалению зубов является

а) изменение формы зубных рядов

б) степень сужения зубных рядов

в) недостаточность апикального базиса

г) степень недостатка места

д) уменьшение длины переднего отрезка

063. Ведущим лицевым признаком увеличения размеров нижней челюсти

является

а) сглаженность подбородочно-губной складки

б) увеличение угла нижней челюсти

в) увеличение общей длины нижней челюсти

г) увеличение нижней трети лица

д) увеличение ветви нижней челюсти

064. Ранним клиническим симптомом сужения зубных рядов является

а) уплощение фронтального участка

б) уменьшение ширины зубного ряда

в) увеличение фронтального участка

г) тесное положение зубов

д) уменьшение переднего отрезка зубной дуги

065. Ведущим симптомом недостаточности апикального базиса является

а) уменьшение ширины апикального базиса

б) уменьшение длины апикального базиса

в) недостаточная величина альвеолярного отростка

в области верхушек корней фронтальных зубов

г) уплощение фронтального участка альвеолярного отростка

д) тесное положение зубов

066. Одним из ранних признаков глубокого прикуса во фронтальном участке

является

а) увеличение степени фронтального перекрытия

б) зубоальвеолярное удлинение фронтального участка нижней челюсти

в) зубоальвеолярное укорочение боковых участков челюстей

г) изменение окклюзионной кривой

д) не указан

067. Одним из ранних признаков открытого прикуса является

а) уменьшение степени фронтального перекрытия

б) краевое смыкание зубов во фронтальном участке

в) зубоальвеолярное удлинение боковых участков челюстей

г) зубоальвеолярное укорочение фронтальных участков челюстей

д) правильного ответа нет

068. Ранним признаком дистального прикуса сочетаний формы является

а) увеличение размеров верхней челюсти

б) смещение нижней челюсти назад

в) уменьшение размеров нижней челюсти

г) смещение нижней челюсти назад, несоответствие размеров челюстей

д) увеличение апикального базиса верхней челюсти

069. Ранним клиническим симптомом увеличения размеров нижней челюсти,

определяющимся при оценке зубных рядов, является

а) переднее положение нижней челюсти

б) язычный наклон нижних зубов

в) уменьшение размеров верхнего зубного ряда

г) увеличение размеров нижней челюсти

д) нестершиеся бугры временных клыков

070. Как следует рассматривать симптом отсутствия трем

у ребенка в периоде сформированного молочного прикуса?

а) ранний признак сужения зубных рядов

б) нарушение роста челюстей

в) вариант нормы

г) симптом несоответствия размеров зубов и челюстей

д) изменение формы челюсти

071. Основным методом исследования

для определения зубочелюстных аномалий у детей раннего возраста

является

а) измерение моделей

б) рентгенодиагностика

в) клинический осмотр

г) электромиография

д) изучение данных анамнеза

072. Укажите ведущие клинические признаки

дистального (постериального) прикуса

а) сужение зубных рядов

б) краевое смыкание резцов

в) наличие сагиттальной щели

г) соотношение первых постоянных моляров по II классу Энгля

д) "птичий" профиль лица

073. Укажите основные клинические признаки открытого прикуса

а) зубоальвеолярное укорочение фронтального участка верхней челюсти

б) зубоальвеолярное удлинение фронтального участка верхней челюсти

в) наличие вертикальной щели между зубами

г) перекрытие нижних зубов верхними менее, чем на 1/3

д) отсутствие контактов между центральными зубами

074. Для уточнения каких клинических симптомов зубочелюстных аномалий

требуется измерение моделей челюстей?

а) тесное положение зубов

б) недостаточность апикального базиса

в) сужение зубных рядов

г) укорочение зубных рядов

д) все перечисленное

075. Ведущим методом лечения для тренировки носового дыхания является

а) аппаратурное лечение

б) массаж околоротовой области

в) лечебная физкультура

г) дыхательная гимнастика

д) миотерапия

076. Какой из перечисленных методов лечения показан

при сужении зубных рядов?

а) расширение верхнего зубного ряда

б) удлинение верхнего зубного ряда

в) расширение нижнего зубного ряда

г) удлинение нижнего зубного ряда

д) расширение верхнего и нижнего зубных рядов

077. Какой из перечисленных методов показан

при одностороннем сужении верхнего зубного ряда?

а) расширение верхнего и нижнего зубных рядов

б) удлинение верхнего зубного ряда

в) укорочение нижнего зубного ряда

г) расширение верхнего зубного ряда

д) одностороннее расширение верхнего зубного ряда

078. Наиболее частым осложнением,

наблюдаемым у детей при расширении зубных рядов, является

а) состояние дезокклюзии

б) увеличение зубного ряда

в) наличие щелей в вертикальном направлении

г) уменьшение перекрытия фронтальных зубов

д) нарушение функций околоротовых и жевательных мышц

079. Абсолютным показанием к уменьшению количества зубов является

а) общий недостаток места менее 5 мм

б) общий недостаток места более 5 мм

в) недостаточность апикального базиса

г) уменьшение ширины зубного ряда

д) укорочение зубного ряда при наличии двух постоянных моляров

080. Реабилитацию детей с зубочелюстными аномалиями следует начинать:

а) в период временного прикуса

б) в период ранней смены зубов

в) в любом возрастном периоде

при наличии отклонений в зубочелюстной системе

г) в период постоянного прикуса

д) все перечисленное

081. Основной тактикой при лечении детей,

имеющих ранние признаки глубокого прикуса

в период формирования молочного прикуса, является

а) назначить аппаратурное лечение с учетом дезартикуляции прикуса

б) провести коррекцию смыкания зубов в вертикальном направлении

в) способствовать росту челюстных костей в боковых участках

г) устранить глубокое перекрытие во фронтальном участке челюстей

д) провести коррекцию смыкания зубов в переднезаднем направлении

082. Детскому стоматологу при лечении детей,

имеющих ранние признаки истинной прогении, следует предпринять

следующее

а) стимулировать рост верхней челюсти

б) задержать рост нижней челюсти

в) устранить причину, способствующую усугублению патологии

г) обеспечить условия для физиологического развития челюстей

д) все перечисленное

083. Основными показаниями к применению вестибулярной пластинки

для миотерапии у детей с временным прикусом являются

а) несмыкание зубов во фронтальном участке

б) нарушение смыкания губ

в) сужение зубных рядов

г) вестибулярное отклонение зубов

д) глубокий прикус

084. При лечении детей, имеющих дистальный прикус,

обусловленный увеличением размеров верхней челюсти, следует назначить

а) назначить аппаратурное лечение с целью задержки

роста верхней челюсти и коррегировать рост нижней челюсти

б) назначить аппаратурное лечение,

направленное на изменение соотношения челюстных костей

в) стимулировать рост нижней челюсти

г) переместить нижнюю челюсть вперед

д) правильного ответа нет

085. Ведущим в определении показаний к удалению молочных зубов

при задержке их смены является

а) состояние переапикальных тканей молочных зубов

б) степень формирования постоянных зубов

в) состояние зубов, развития челюстей и состояния прикуса

г) наличие аномалий прикуса

д) не знаю

086. Показаниями к проведению активного аппаратурного лечения

аномалий прикуса являются

а) определение симптомов аномалий, требующих лечения

б) определение аномалий в период сформированного молочного прикуса

в) определение аномалий в период постоянного прикуса

г) определение аномалий в период сменного прикуса

д) не знаю

087. Ведущим симптомом сужения зубных рядов

для определения тактики лечения является

а) недостаток места для имеющихся зубов

б) уменьшение ширины зубного ряда

в) медиальное смещение боковых зубов

г) изменение положения зубов во фронтальном участке

д) не знаю

088. Методом профилактики зубочелюстных аномалий является

а) лечение зубов, своевременное протезирование,

устранение окклюзионных контактов

б) удаление постоянных зубов

в) пластика уздечек

г) устранение вредных привычек

д) все перечисленное

089. Абсолютным показанием к выбору метода уменьшения количества зубов

является

а) сочетание тесного положения зубов

с уменьшением ширины зубного ряда

б) тесное положение зубов более 5 мм

в) упрощение фронтального участка нижней челюсти

г) недостаточность апикального базиса

д) сочетание тесного положения зубов

с сужением зубного ряда III степени с узким типом лица

090. Укажите упражнение для нормализации тонуса круговой мышцы рта

а) подуть на вертушку

б) вибрация щек

в) чередование носового и ротового дыхания

г) движение языком по небу

д) сжимание и разжимание губ

091. Среди перечисленных упражнений

укажите ведущее упражнение для нормализации положения языка

а) поглаживание кончиком языка неба

б) хоботок

в) надуть щеки

г) упражнение с вертушкой

д) надувание губ

092. Укажите ведущее упражнение для тренировки навыка смыкания губ

а) подуть на вертушку

б) "хоботок-улыбка"

в) сжать зубы, удержать 5 с, расслабиться

г) крепко сжать губы

д) удерживать бумажную полоску губами

093. Тактика при лечении сочетанной формы мезиального прикуса

у детей дошкольного возраста

а) задержка роста нижней челюсти

б) устранение причины, способствующей смещению челюстей вперед

в) перемещение нижней челюсти назад

г) перемещение верхних фронтальных зубов вперед

д) сдерживать рост нижней челюсти

и стимулировать рост переднего отдела верхней челюсти

094. Тактика при лечении сочетанной формы постериального прикуса

у детей дошкольного возраста

а) задержка роста верхней челюсти

б) устранение причины, способствующей смещению челюстей назад

в) перемещение нижней челюсти вперед

г) перемещение верхних фронтальных зубов вперед

д) не названо

095. Показаниями к миотерапии являются

а) изменение перекрытия во фронтальном участке челюсти

б) изменение формы зубного ряда

в) несомкнутые губы

г) наличие щели во фронтальном участке

д) нарушение носового дыхания

096. Для коррекции зубочелюстных аномалий у детей дошкольного возраста

чаще всего применяется

а) давящая повязка

б) аппаратурный

в) метод миотерапии

г) пришлифовывание окклюзионных поверхностей

д) оздоровительная гимнастика

097. В формулировку диагноза при описании ранних признаков

зубочелюстных аномалий с целью вторичной профилактики

необходимо включить

а) этиологический фактор

б) патология мягких тканей

в) сопутствующие заболевания

г) предрасполагающий фактор

д) патология твердых тканей

098. Укажите ведущее упражнение для нормализации функции дыхания

а) попеременное дыхание левой и правой половинами носа

б) щелкание языком

в) надуть щеки, кулачком медленно выдавить воздух

г) "хоботок-улыбка"

д) брюшное дыхание

099. Тактика вмешательства врача

при наличии ранних симптомов сужения зубного ряда

а) устранить активнодействующую причину

б) назначить аппаратурное лечение

в) обучить правильному дыханию

г) провести миогимнастику

д) не знаю

100. Какое из перечисленных упражнений

для миотерапии целесообразно включить утреннюю зарядку?

а) дуть на шарик

б) движение языком по небу

в) перемещение нижней челюсти вперед

г) удерживать резинку кончиком языка

д) выдвижение нижней челюсти вперед

101. В занятия по логопедическому обучению целесообразно включить

а) упражнения для тренировки правильной осанки

б) дыхательную гимнастику

в) упражнения для правильного смыкания губ

г) упражнения для правильного положения языка

д) упражнения для выдвижения нижней челюсти

Раздел 12

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. У детей чаще всего подвергаются травме

а) клыки

б) жевательные зубы

в) группа резцов

г) группа премоляров

д) все вышеперечисленные

002. При ушибе зубов на рентгенограмме отмечаются

а) сужение периодонтальной щели

б) в пределах возрастной нормы

в) расширение периодонтальной щели

г) деформация периодонтальной щели

д) все перечисленное

003. Особая опасность ранений языка, мягкого неба, дна полости у детей

состоит

а) в нарушении речи

б) в нарушении приема пищи

в) в развитии отеков в ближайшие часы после травмы,

приводящих к асфикации

г) в нарушении речи и приема пищи

д) не опасны

004. Врачебной тактикой при полном вывихе молочного зуба является

а) зуб обязательно должен быть реплантирован

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

в) временные зубы реплантации не подлежат

г) временный зуб должен быть реплантирован,

если до его смены остается более двух лет

д) временный зуб необходимо реплантировать,

чтобы не нарушить формирование прикуса.

Если корень зуба резорбирован более чем на 1/3,

зуб реплантации не подлежит

005. Лечение неполного вывиха временных резцов в 5 лет заключается

а) в репозиции, фиксации, противовоспалительной терапии

б) в удалении зубов

в) в фиксации зубов

г) не назван

д) в наблюдении

006. Какой вид повреждения челюстных костей наиболее характерен

для детей до 5 лет?

а) ушиб челюсти

б) поднакостный перелом

в) полный перелом

г) вывих височно-нижнечелюстного сустава

д) не назван

007. Какое лечение полного вывиха постоянного резца

со сформированным корнем лучше провести?

а) реплантация зуба с предварительным его пломбированием

б) возмещение дефекта съемным протезом

в) реплантация зуба без пломбирования

г) имплантация

д) не назван

008. Сроки коррекции рубцовых деформаций мягких тканей,

вызывающих функциональные нарушения

а) сразу после обнаружения

б) через 8-10 мес после заживления раны

в) через 5 лет после травмы

г) после окончания формирования и роста тканей

д) не назван

009. Первичным лечебным мероприятием при кровотечениях является

а) оценить кровопотерю

б) усилить коагулирующие свойства крови

в) восполнить кровопотерю

г) остановить кровотечение

д) не назван

010. Почему перелом альвеолярного отростка

чаще встречается в возрасте до 7 лет?

а) за счет находящихся в нем зачатков зубов

б) из-за полности "силовых" линий в данном участке

в) по причине типовой направленности удара

г) из-за распространенности аномалий прикуса

д) не назван

011. Укажите основной клинический симптом ушиба зуба

в первые сутки после травмы:

а) изменение окраски зуба

б) патологическая подвижность зуба

в) изменение данных электроодонтодиагностики

г) боли, усиливающиеся при накусывании

д) ни один из вышеперечисленных

012. Наиболее рациональным методом фиксации зубов

и альвеолярного отростка в молочном и сменном прикусе является

а) лигатурные повязки

б) подбородочная праща

в) проволочные шины

г) шины из быстротвердеющей пластмассы

д) шина из компазиционного материала

013. Принципом лечения неполного вывиха временного зуба

со сформированными корнями является

а) наблюдение, лечение зуба по показаниям

б) трепанация и лечение зубов

в) репозиция, по показаниям фиксация,

противовоспалительная терапия, наблюдение

г) фиксация зуба

д) не назван

014. Наиболее полно отражает понятие "открытый перелом"

а) проходящий через зубной ряд, придаточные пазухи

или с повреждением мягких тканей

б) с обязательным повреждением мягких тканей

в) перелом со смещением

г) с повреждением слизистой оболочки полости рта

д) любой из переломов в челюстно-лицевой области

015. Длительность реабилитационного периода

для больного с переломом челюсти в области мыщелкового отростка

а) до окончания консолидации отломков

б) до окончания роста и формирования челюстных костей

в) в течение года после травмы

г) до формирования постоянного прикуса

д) не назван

016. Дисфункциональные поражения височно-нижнечелюстного сустава

характерны для возраста

а) до 3-х лет

б) 3-6 лет

в) 6-9 лет

г) 9-11 лет

д) старше 11 лет

017. Наиболее характерен для ребенка раннего возраста

а) вколоченный вывих временного зуба

б) перелом корня зуба

в) перелом челюсти

г) вывих височно-нижнечелюстного сустава

д) повреждения в этом возрасте не встречаются

018. Какой вид лечения вколоченного вывиха резца

(виден только его режущий край) Вы выберите

для ребенка в возрасте 1 года?

а) удаление зуба

б) наблюдение, удаление при появлении признаков воспаления

в) репозация

г) наблюдение с последующим депульпированием

д) назначение противовоспалительной лекарственной терапии

019. К какому анатомическому образованию прижимаются пальцами

для временной остановки кровотечения из наружной челюстной артерии?

а) поперечный отросток VII шейного позвонка

б) нижний край нижней челюсти впереди

прикрепления жевательной мышцы

в) над скулевой дугой спереди от ушной раковины

г) на уровне околоушной слюнной железы

д) к жевательной мышце

020. Укажите место прижатия пальцами для временной остановки кровотечения

из височной артерии

а) нижний край челюсти впереди прикрепления жевательной мышцы

б) верхний край чешуи височной кости

в) над скуловой дугой впереди от ушной раковины

г) поперечный отросток VII шейного позвонка

д) наружный край глазницы

021. Ранней называется первичная хирургическая обработка ран

а) в первые 24 часа после ранения

б) через 24-28 часов после ранения

в) через 48-72 часа после ранения

г) любая до заживления раны

д) не назван

022. Отстроченной называется хирургическая обработка раны

а) в первые 24 часа после ранения

б) до трое суток после ранения с противовоспалительной терапией

в) через 24-28 часов после ранения

г) любая до заживления раны

д) не назван

023. При внедренном вывихе зуба на рентгенограмме отмечается

а) сужение периодонтальной щели,

либо вовсе ее отсутствие в области верхушки

б) в пределах возрастной нормы

в) расширение периодонтальной щели

г) разрежение костной ткани в области верхушки

д) изменения величины периодонтальной щели

в боковой области корня зуба

024. Рентгенологическая картина

при смещении зуба к окклюзионной плоскости

а) расширение периодонтальной щели

б) сужение периодонтальной щели

в) деструкция костной ткани в области лунки

г) разрежение костной ткани у верхушки корня

д) разрежение костной ткани у боковой поверхности корня

025. Тактика лечения неполного вывиха временного зуба

с повреждением сосудисто-нервного пучка

а) депульпировать поврежденный зуб, фиксировать

б) в зависимости от возраста и степени формирования

или резорбции корня выбрать тактику лечения

в) обязательно проводить экстракцию поврежденного зуба

г) только депульпировать и дать рекомендации

д) ни один из вышеперечисленных

026. Тактика лечения внедренного временного зуба

со сформированным корнем

а) необходимо удалить

б) наблюдение за самостоятельным "прорезыванием", выдвижением,

после чего при необходимости депульпировать

в) выдвижение зуба ортодонтическими аппаратурными методами

г) рентгенография, депульпирование зуба

д) ни один из вышеперечисленных

027. Тактика лечения внедренного постоянного зуба

при сформированных корнях

а) необходимо удалять

б) выдвижение ее ортодонтическими аппаратурными методами

в) проводить их репозицию и при необходимости

эндодонтическое лечение (извлекают зуб и реплантируют)

г) репозицию не проводить, зуб постепенно станет в прикус,

затем по показаниям лечение зуба

д) не названа

028. Главной задачей в лечении переломов коронок зубов

с несформированными корнями является

а) восстановить форму коронки

б) сохранить жизнеспособность пульпы

в) удалить пульпу в целях восстановительного протезирования

г) фиксировать отломок

д) не назван

029. Какая тактика врача считается правильной при отломе части коронки зуба

с незаконченным ростом корней

и сохранением целостности пульповой камеры?

а) проведение метода прижизненной экотерапии пульпы

б) проведение метода прижизненной ампутации пульпы

в) проведение метода девитальной ампутации

г) защита линии перелома кальцийсодержащими препаратами

и коронкой

д) защита линии перелома фторсодержащими препаратами

030. Какой вариант лечения является неправильным

при травме центрального резца со вскрытием пульповой камеры

в возрасте 14 лет?

а) применение метода прижизненной ампутации

б) проведение метода прижизненной экстирпации

в) применение девитализации пульпы

г) применение метода экстирпации с диатермокоагуляцией

д) не назван

Ситуационная задача (031-035)

Ребенок 8 лет с жалобами на самопроизвольные боли и боли

от холодного и горячего, появившиеся прошлым вечером,

и на наличие эстетического дефекта I┘

Из анамнеза известно, что 2 недели тому назад при падении ударился

о парту и отломил коронку I┘. Зуб вначале не болел.

Однако при употреблении холодной и горячей пищи ребенок стал

ощущать боль в зубе. К врачу по этому поводу не обращался.

Объективно: при осмотре косой отлом коронки I┘.

Полость зуба не вскрыта. Зуб в цвете не изменен.

Зондирование в области перелома резко болезненно.

Болей при накусывании твердого предмета не отмечается,

перкуссия болезненна. Реакция на температурные раздражители

болезненная. Прикус прогнатический.

031. Предполагаемый диагноз

а) серозный пульпит

б) внутрипульпарная гематома

в) разрыв сосудисто-нервного пучка

г) травматический периодонтит

д) общий гнойный пульпит

032. Дополнительным методом, скорее всего подтверждающим диагноз,

является

а) ЭОД

б) рентгенологическое исследование зуба

в) клинический анализ крови

г) исследование на температурные раздражители

д) ни один из перечисленных выше

033. В первую очередь следует назначить больному

а) девитализацию пульпы

б) покрытие линии отлома кальмецином,

искусственным дентином и закрытие зуба ортодонтической коронкой

в) метод прижизненной ампутации

г) прижизненная экстирпация

д) метод диатермокоагуляции с последующей экстирпацией пульпы

034. Этиологическим фактором,

сыгравшим роль в возникновении данного заболевания, является

а) травма

б) микробный фактор

в) снижение реактивности организма

г) разрыв сосудисто-нервного пучка

д) ни один из перечисленных выше

035. Какой прогноз или исход является желаемым

при правильном выборе лечения?

а) завершение формирования корня зуба

б) формирование корня зуба за счет одного цемента

в) гиперцементоз верхушки корня зуба

г) закрытие корня зуба без завершения роста в длину

д) стабилизация первоначальной ситуации

Ситуационная задача (036-037)

Мальчик 12 лет направлен на консультацию по поводу

отлома каналонакопителя в канале ┌1

при пломбировании жидким фосфатцементом.

Из анамнеза: обратился в школьный стоматологический кабинет

на лечение ┌1. На завершающем этапе лечения при пломбировании

канала произошел отлом каналонакопителя.

Объективно: В ┌1 имеется глубокая кариозная полость (медиальная).

Полость зуба раскрыта через кариозную полость.

Раскрытие полости узкое. В устьях полости зуба виден сломанный

каналонаполнитель. Попытка взять его браншами пинцета и извлечь

не удается. На рентгенограмме: патологических изменений

в области верхушки корня нет. В полости корневого канала

виден каналонакопитель. Цемент распределен в канале рыхло.

После проведенных эндодонтических манипуляций врач удалил

из корневого канала каналонакопитель.

036. Какая ошибка была допущена врачом при лечении,

которая могла повлиять на причину поломки инструмента?

а) недостаточное раскрытие

по ширине начальной части корневого канала

б) неправильное формирование кариозной полости

в) неправильное раскрытие полости зуба

г) недостаточная обработка собственно корневого канала

д) все вышеперечисленное

037. Какая дополнительная ошибка могла бы привести к поломке инструмента?

а) работа на большой скорости

б) консистенция цемента

в) пломбирование проводилось

без предварительной проверки каналонаполнителя в канале

г) работа каналонаполнителя на малой скорости

д) все перечисленное

Ситуационная задача (038-040)

Мальчик 14 лет обратился с жалобами на косметический дефект ┌1.

Из анамнеза: в возрасте 7 лет при катании на коньках упал

и ударился о конек рядом ехавшего товарища.

Вследствие травмы был очень незначительный отлом коронки зуба.

Обратился на следующий день к врачу.

Врач, подшлифовав поверхность зуба, посоветовал прийти

для наблюдения. Повторно к врачу не явился.

Через год зуб незначительно изменился в цвете, болей не было.

Объективно: ┌1 изменен в цвете. Реакция на температурные раздражители

и перкуссию безболезненна. Коронка зуба на 0.5 мм короче,

чем в ┌1. Слизистая оболочка в области корня ┌1 без изменений.

038. Предполагаемый диагноз

а) хронический фиброзный периодонтит

б) хронический гранулирующий периодонтит

в) хронический гранулематозный периодонтит

г) внутрипульпарная гематома

д) ни один из вышеперечисленных

039. Какой дополнительный метод скорее всего подтвердит диагноз?

а) ЭОД

б) клинический анализ крови

в) рентгенологическое исследование зуба

г) все вышеперечисленное

д) ни один из перечисленных

040. В первую очередь необходимо назначить

а) инструментальная обработка корневого канала

б) медикаментозное лечение

в) физиотерапевтическое лечение

г) резорцин-формалиновый метод

д) метод Альбрехта

041. Методика лечения отлома коронки резца без обнажения пульпы

у ребенка 8 лет (обратился в день травмы)

а) витальная ампутация пульпы

б) девитальная экстирпация пульпы

в) наложение одонтотропной пасты (кальцин, кальмецин)

на поверхность отлома коронки и защитной коронки до 11 лет

г) немедленное протезирование дефекта коронки с помощью вкладки

из эвикрола и парапульпарного штифта

д) изготовление ортодонтической коронки сразу после отлома коронки.

042. При отломе коронки резца с обнажением пульпы у ребенка 13 лет

показана следующая методика лечения

а) витальная ампутация коронковой пульпы

б) метод прижизненной экстирпации

в) наложение на обнаженную пульпу одонтотропной пасты

и защитной коронки

г) изготовление ортодонтической коронки

д) глубокая ампутация пульпы

043. Предпочтительным методом лечения

при отломе части коронки 11 в результате травмы

с обнажением пульпы у ребенка 7 лет является

а) биологический метод

б) метод прижизненной ампутации

в) витальная экстирпация

г) девитальная ампутация

д) девитальная экстирпация

Раздел 13

ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. К кистам воспалительного происхождения всегда относится

а) собственно фолликулярная киста

б) радикулярная киста

в) киста резцового канала

г) киста прорезывания

д) десневая киста

002. Чаще поражается одонтогенными кистами

а) верхняя челюсть

б) обе челюсти одинаково

в) нижняя челюсть

г) скуловая кость

д) челюстные кости не поражаются

003. Укажите характерные рентгенологические признаки радикулярных кист

а) деформация периодонтальной щели причинного зуба

б) деструкция костной ткани с четко выраженными границами,

захватывающими корень причинного зуба

в) неограниченная деструкция периодонтальной щели причинного зуба

г) остеосклероз альвеолярной кости в области причинного зуба

д) периостальная реакция игольчатой формы или в виде козырька

004. Опухоли челюстных костей у детей классифицируются

а) по локализации

б) по характеру течения

в) по клинико-морфологическим признакам

г) по частоте обнаружения

д) не назван

005. Наиболее характерным признаком,

отличающим опухолевый процесс у детей и взрослых, является

а) частота обнаружения

б) дизонтогенетическая природа

в) быстрота роста

г) преимущественное поражение определенных тканей

д) не назван

006. Самыми распространенными из опухолей мягких тканей у детей являются

а) сосудистые опухоли

б) эпителиальные опухоли

в) пигментные опухоли

г) фибропластические опухоли

д) не названы

007. Наиболее часто встречающимся у детей

видом доброкачественных опухолей мягких тканей

челюстно-лицевой области является

а) фиброма

б) папиллома

в) гемангиома

г) липома

д) миобластомиома

008. Для злокачественных новообразований у детей характерны

а) четкость границ между опухолью и окружающими тканями

б) медленный рост

в) инфильтратный рост

г) высокая степень дифференциации клеток

д) все перечисленные

009. Для установления диагноза злокачественного новообразования

надо использовать

а) данные рентгенологического обследования

б) результаты патоморфологического исследования

в) ни один из перечисленных

г) клиническую картину заболевания и анамнез

д) только все в комплексе

010. К "органоспецифическим опухолям" челюсти относится

а) адамантинома

б) фиброзная дисплазия челюстей

в) эозинофильная гранулема

г) саркома челюсти

д) не указана

011. К истинным доброкачественным опухолям относится

а) остеобластокластома

б) деформирующий остоз

в) зубосодержащая киста

г) травматическая костная киста

д) оссифицирующий периостит

012. Механизм вздутия костной ткани при внутрикостной кисте объясняется

а) за счет скопления гноя в кистозной полости

б) за счет деструктивных изменений вокруг кисты

в) за счет наполнения полости кисты трансудатом

г) за счет продуктивных изменений в кости

д) за счет дистопии зубов

013. Укажите характер роста доброкачественной опухоли у детей

а) медленный рост

б) быстрый рост по сравнению со взрослым человеком

в) быстрый рост после 14 лет

г) быстрый рост только до 1 года

д) нет особенности роста

014. Изменить цвет кожи в подчелюстной области может

а) лимфангиома

б) гемангиома

в) аплазия слюнной железы

г) боковая киста шеи

д) ничего из перечисленного

015. По клиническим признакам похожа на остеомиелит челюстей

а) саркома Юнга

б) фиброзная дисплазия челюстей

в) остеобластокластома

г) фолликулярная киста

д) одонтома

016. Очень часто обнаруживается сразу после рождения ребенка

следующая опухоль челюстно-лицевой области

а) остеобластокластома

б) остеома

в) гемангиома

г) папиллома

д) в этом возрасте не обнаруживается

017. Заполнена продуктами сальных и потовых желез

а) зубосодержащая киста

б) дермоидная киста

в) срединная киста шеи

г) ретенционная киста слюнных желез

д) десневая киста

018. Первыми симптомами чаще всего являются боли,

которые имеют неясную локализацию и создается впечатление,

что болят зубы

а) при остеоме

б) при одонтоме

в) при остеогенной саркоме

г) при остеобластокластоме

д) при гемангиоме

019. Какие опухоли и опухолеподобные образования

имеют симптом "пергаментного хруста"?

а) одонтогенные воспалительные кисты челюстей

б) кистозная форма остеобластокластомы

в) амелобластома

г) все перечисленное

д) гемангиома

020. Лучшим методом лечения зубосодержащих кист у детей является

а) пломбирование за верхушку "причинных" зубов

б) пломбирование зуба с резекцией верхушек корня

в) цистомия без удаления постоянных зубов из полости кисты

г) цистомия с удалением постоянных зубов из полости кисты

д) любой из перечисленных

021. Какие молочные зубы наиболее часто являются

причиной развития корневых воспалительных кист у детей?

а) II

б) IIIIII

в) V IV┬IV V

г) V IVIV V

д)

022. Показанием к вскрытию гематомы прорезывания (кисты прорезывания)

являются

а) интенсивность окраски

б) величина гематомы

в) локализация в области определенного зуба

г) воспаление гематомы

д) всегда требуется вскрытие

023. Укажите отличительный признак,

позволяющий поставить диагноз "зубосодержащая киста"

тела нижней челюсти соответственно в V IV┐

а) IV V┐ разрушение или лечение по поводу периодонтита

б) выбухание вестибулярной стороны нижней челюсти

в) наличие деформации и "крипитация" костной ткани

г) гноетечение из свищевого хода соответственно V┐

по переходной складке

д) данные рентгенограммы нижней челюсти в боковой проекции

024. Обязательным видом дополнительного исследования

для постановки диагноза кисты челюсти является

а) электроодонтодиагностика

б) клинический анализ крови

в) исследование кистовой жидкости

г) рентгенография

д) анализ мочи

025. Наиболее постоянным клиническим симптомом

одонтогенной кисты челюсти является

а) острый периостит

б) вздутие (деформация) челюсти

в) свищевой ход

г) отсутствие зубов в зоне процесса

д) не назван

026. Укажите наиболее целесообразный и доступный метод

рентгенологического обследования при радикулярной кисте

верхней челюсти в области └5 6

а) внутриротовая рентгенограмма

б) обзорная рентгенограмма придаточных пазух

в) контрастная рентгенография

г) рентгенограмма "вприкус"

д) не назван

Ситуационная задача (027-031)

Ребенок 9 лет обратился с жалобами на плотную припухлость в области

нижней челюсти слева. Заметил ее месяц назад. Лечение не проводилось.

Имеется незначительная асимметрия лица за счет припухлости в области

нижней челюсти слева. Определяются увеличенные, подвижные,

безболезненные подчелюстные лимфатические узлы.

При пальпации переходной складки в области ┌III 6

определяется плотное безболезненное вздутие кости,

в области IV V┐ - участок флуктуации.

┌IV V - запломбированы. Зубы имеют розоватый цвет, подвижны,

перкуссия безболезненная, в ┌VI - кариозная полость.

027. Предполагаемый диагноз

а) обострение хронического периодонтита ┌IV V

б) острый периостит нижней челюсти

в) хронический продуктивный периостит нижней челюсти

г) зубосодержащая киста

д) радикулярная киста в области ┌IV V

028. Для дифференциальной диагностики

между перечисленных выше заболеваний

необходим дополнительное исследование

а) ЭОД

б) рентгенография

в) перкуссия зубов

г) пальпация переходной складки

д) клинический анализ крови

029. Обязательным в лечении у данного больного

при любом из перечисленных выше диагнозов будет

а) противовоспалительная лекарственная терапия

б) удаление ┌IV V

в) физиотерапевтическое лечение

г) лечение ┌IV V 6

д) удаление ┌IV V 6

030. Радиальному хирургическому вмешательству должно предшествовать

а) лечение ┌IV V

б) лечение ┌VI

в) удаление ┌IV V

г) противовоспалительная терапия

д) санация полости рта

031. Методом выбора у данного больного является

а) пломбирование за верхушку ┌IV V

б) цистотомия

в) цистэктомия

г) удаление ┌IV V

д) цистэктомия с трансплантацией зачатков зубов

Ситуационная задача (032-033)

Ребенок 14 лет жалуется на утолщение тела нижней челюсти слева.

Деформацию заметил 4 месяца назад; отмечает ее значительное увеличение

за этот период. В последнюю неделю появились ноющие боли в зубах

этой половины челюсти, это и заставило больного обратиться к врачу.

Имеется асимметрия лица за счет вздутия нижней челюсти слева.

Подчелюстные лимфатические узлы слева несколько увеличены,

подвижны, безболезненны. При пальпации нижней челюсти снаружи

и со стороны преддверия полости рта определяется увеличенная

в объеме кость от ┌3 до ┌7. Поверхность ее гладкая, безболезненная.

Слизистая альвеолярного отростка имеет выраженный сосудистый рисунок.

┌6 - запломбирован по поводу среднего кариеса.

┌45 - подвижность 1 степени.

032. Предполагаемый диагноз

а) продуктивный остеомиелит

б) новообразование

в) одонтогенная киста

г) острый одонтогенный периостит

д) порок развития челюсти

033. Наиболее информативным методом исследования

для дифференциальной диагностики предложенных заболеваний является

а) ЭОД

б) рентгенография

в) клинический анализ крови

г) определение степени подвижности зубов

д) данные анамнеза (динамика процесса)

034. Самым надежным методом исследования для постановки диагноза является

а) ЭОД

б) рентгенография

в) данные анамнеза (динамика процесса)

г) биопсия

д) клинический анализ крови

035. Для этого больного нужно использовать следующий метод лечения

а) консервативная лекарственная терапия

б) физиотерапевтическое лечение

в) удаление подвижных зубов

г) хирургическое лечение в условиях поликлиники

д) хирургическое лечение в условиях стационара

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

Раздел 1

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

001 - д 005 - в 009 - а 013 - а 017 - д

002 - д 006 - в 010 - д 014 - в 018 - д

003 - а 007 - д 011 - в 015 - в

004 - б 008 - б 012 - д 016 - д

Раздел 2

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН

001 - б 019 - в 037 - а 055 - д 073 - в

002 - б 020 - б 038 - г 056 - д 074 - а

003 - а 021 - г 039 - б 057 - г 075 - в

004 - а 022 - г 040 - в 058 - в 076 - а

005 - в 023 - г 041 - в 059 - б 077 - в

006 - г 024 - в 042 - г 060 - г 078 - а

007 - б 025 - д 043 - г 061 - б 079 - д

008 - в 026 - д 044 - а 062 - г 080 - а

009 - в 027 - г 045 - д 063 - б 081 - в

010 - б 028 - б 046 - д 064 - б 082 - г

011 - в 029 - в 047 - б 065 - д 083 - б

012 - в 030 - в 048 - б 066 - д 084 - в

013 - г 031 - в 049 - д 067 - г 085 - в

014 - б 032 - г 050 - а 068 - б 086 - в

015 - д 033 - б 051 - в 069 - б 087 - д

016 - а 034 - в 052 - б 070 - в 088 - г

017 - а 035 - д 053 - а 071 - а

018 - в 036 - в 054 - в 072 - б

Раздел 3

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

В СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

001 - д 009 - г 017 - б 025 - б 033 - в

002 - б 010 - д 018 - д 026 - б 034 - д

003 - д 011 - д 019 - а 027 - б 035 - в

004 - б 012 - б 020 - в 028 - а 036 - д

005 - г 013 - д 021 - б 029 - г 037 - д

006 - д 014 - в 022 - б 030 - в 038 - д

007 - г 015 - б 023 - б 031 - в 039 - д

008 - д 016 - г 024 - г 032 - в

Раздел 4

ПРОФИЛАКТИКА В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001 - д 015 - г 029 - в 043 - в 057 - б

002 - б 016 - в 030 - б 044 - г 058 - а

003 - д 017 - в 031 - д 045 - д 059 - а

004 - д 018 - а 032 - в 046 - д 060 - а

005 - а 019 - д 033 - д 047 - в 061 - б

006 - г 020 - д 034 - в 048 - б 062 - д

007 - в 021 - г 035 - г 049 - а 063 - г

008 - г 022 - б 036 - в 050 - а 064 - г

009 - б 023 - г 037 - в 051 - в 065 - д

010 - г 024 - б 038 - б 052 - д 066 - д

011 - д 025 - д 039 - а 053 - г 067 - а

012 - б 026 - д 040 - г 054 - а 068 - д

013 - д 027 - г 041 - в 055 - б 069 - б

014 - б 028 - д 042 - в 056 - а

Раздел 5

КАРИЕС ЗУБОВ

001 - б 012 - б 023 - а 034 - г 045 - а

002 - б 013 - б 024 - а 035 - б 046 - а

003 - г 014 - г 025 - г 036 - в 047 - а

004 - в 015 - б 026 - г 037 - в 048 - б

005 - а 016 - а 027 - в 038 - в 049 - а

006 - в 017 - а 028 - б 039 - а 050 - а

007 - д 018 - в 029 - б 040 - г 051 - в

008 - в 019 - а 030 - б 041 - б 052 - в

009 - г 020 - а 031 - а,б 042 - в 053 - б

010 - а 021 - г 032 - б 043 - б 054 - в

011 - г 022 - б 033 - в 044 - б

Раздел 6

ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. ЭНДОДОНТИЯ

001 - в 006 - а 011 - г 016 - г 021 - г

002 - а 007 - б 012 - а 017 - г 022 - г

003 - д 008 - а 013 - в 018 - г 023 - д

004 - в 009 - а 014 - б 019 - в 024 - г

005 - б 010 - д 015 - а 020 - а 025 - в

026 - д 036 - в 046 - а 056 - а 066 - б

027 - г 037 - б 047 - б 057 - д 067 - г

028 - б 038 - а 048 - в 058 - б 068 - д

029 - д 039 - в 049 - в 059 - в 069 - в

030 - г 040 - г 050 - в 060 - в 070 - а

031 - в 041 - г 051 - б 061 - а 071 - б

032 - в 042 - б 052 - в 062 - б 072 - б

033 - г 043 - д 053 - а 063 - а 073 - д

034 - а 044 - б 054 - б 064 - г 074 - д

035 - а 045 - г 055 - в 065 - в 075 - в

Раздел 7

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001 - д 012 - а 023 - в 034 - а 045 - б

002 - г 013 - д 024 - д 035 - в 046 - б

003 - в 014 - д 025 - в 036 - в 047 - а

004 - б 015 - г 026 - в 037 - в 048 - в

005 - б 016 - д 027 - а 038 - в 049 - б

006 - в 017 - г 028 - г 039 - б 050 - б

007 - б 018 - б 029 - а 040 - г 051 - в

008 - в 019 - а 030 - б 041 - в 052 - б

009 - г 020 - д 031 - г 042 - д 053 - а

010 - а 021 - г 032 - в 043 - в

011 - д 022 - б 033 - б 044 - д

Раздел 8

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА И ГУБ

001 - б 011 - в 021 - г 031 - д 041 - б

002 - б 012 - д 022 - д 032 - д 042 - а

003 - г 013 - в 023 - г 033 - б 043 - г

004 - д 014 - б 024 - д 034 - а 044 - а

005 - б 015 - д 025 - г 035 - в 045 - в

006 - а 016 - д 026 - а 036 - б 046 - д

007 - б 017 - д 027 - в 037 - г 047 - а

008 - б 018 - д 028 - в 038 - а 048 - г

009 - г 019 - б 029 - в 039 - г 049 - г

010 - а 020 - б 030 - а 040 - б 050 - б

051 - б 060 - б 069 - г 078 - в 087 - б

052 - г 061 - г 070 - г 079 - д 088 - д

053 - г 062 - б 071 - а 080 - в 089 - б

054 - в 063 - г 072 - в 081 - в 090 - в

055 - б 064 - в 073 - в 082 - в 091 - а

056 - д 065 - г 074 - в 083 - д 092 - б

057 - а 066 - б 075 - в 084 - д 093 - д

058 - в 067 - а 076 - г 085 - б 094 - д

059 - д 068 - г 077 - а 086 - в 095 - д

Раздел 9

ЗАБОЛЕВАНИЯ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА

001 - г 010 - а 019 - г 028 - б 037 - а

002 - а 011 - г 020 - д 029 - в 038 - в

003 - д 012 - д 021 - д 030 - а 039 - а

004 - в 013 - д 022 - в 031 - д 040 - в

005 - в 014 - в 023 - в 032 - а 041 - а

006 - б 015 - г 024 - д 033 - а 042 - а

007 - в 016 - а 025 - б 034 - б 043 - а

008 - д 017 - в 026 - г 035 - а 044 - д

009 - г 018 - а 027 - г 036 - б 045 - б

046 - в

Раздел 10

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЗУБОВ, ЧЕЛЮСТЕЙ И ЛИЦА

001 - г 009 - а 017 - а 025 - а 033 - а

002 - а 010 - б 018 - д 026 - а 034 - г

003 - а 011 - в 019 - г 027 - б 035 - в

004 - в 012 - в 020 - б 028 - а 036 - д

005 - в 013 - а 021 - б 029 - г 037 - в

006 - г 014 - а 022 - г 030 - б 038 - д

007 - д 015 - б 023 - в 031 - в 039 - г

008 - д 016 - б 024 - г 032 - в

Раздел 11

ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ.

ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ОРТОДОНТИИ

001 - в 025 - а 049 - г 073 - в 097 - в

002 - в 026 - в 050 - в 074 - д 098 - а

003 - д 027 - в 051 - г 075 - д 099 - б

004 - г 028 - д 052 - г 076 - д 100 - б

005 - г 029 - г 053 - г 077 - д 101 - д

006 - г 030 - г 054 - д 078 - в

007 - д 031 - а 055 - в 079 - б

008 - а 032 - б 056 - г 080 - д

009 - б 033 - д 057 - г 081 - д

010 - а 034 - а 058 - д 082 - в

011 - г 035 - б 059 - б 083 - б

012 - в 036 - а 060 - г 084 - б

013 - б 037 - а 061 - д 085 - в

014 - а 038 - а 062 - г 086 - в

015 - б 039 - д 063 - в 087 - а

016 - г 040 - а 064 - г 088 - а

017 - б 041 - д 065 - в 089 - а

018 - а 042 - д 066 - а 090 - г

019 - д 043 - д 067 - д 091 - а

020 - а 044 - в 068 - г 092 - г

021 - в 045 - г 069 - б 093 - д

022 - в 046 - г 070 - в 094 - д

023 - г 047 - а 071 - д 095 - а

024 - г 048 - б 072 - г 096 - в

Раздел 12

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001 - в 010 - а 019 - б 028 - б 037 - д

002 - б 011 - г 020 - в 029 - г 038 - б

003 - в 012 - г 021 - а 030 - а 039 - в

004 - в 013 - в 022 - б 031 - а 040 - а

005 - б 014 - а 023 - а 032 - г 041 - в

006 - а 015 - б 024 - а 033 - в 042 - б

007 - а 016 - д 025 - б 034 - б 043 - б

008 - б 017 - а 026 - б 035 - а

009 - г 018 - а 027 - г 036 - д

Раздел 13

ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001 - б 008 - в 015 - а 022 - г 029 - б

002 - в 009 - д 016 - в 023 - д 030 - д

003 – б 010 - а 017 - б 024 - г 031 - б

004 – в 011 - а 018 - в 025 - б 032 - б

005 – б 012 - в 019 - г 026 - б 033 - б

006 – а 013 - б 020 - в 027 - г 034 - г

007 – в 014 - б 021 - в 028 - б 035 - д

**ОРТОДОНТИЯ**

Раздел 1

ОРГАНИЗАЦИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

001. Наиболее целесообразным и точным способом определения

нуждаемости детей в ортодонтической помощи является

а) обращаемость больных в поликлинику

б) осмотры детей в организованных коллективах ортодонтом

методом гнездования

в) полицевой метод обследования детей в организованных коллективах

врачом стоматологом-терапевтом

г) выборочный осмотр детей в организованных коллективах

врачом стоматологом-терапевтом

д) полицевой метод обследования детей в организованных коллективах

врачом ортодонтом

002. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено

а) 1 ставка среднего медицинского персонала

б) 0.5 ставки среднего медицинского персонала

в) 2 ставки среднего медицинского персонала

г) 0.25 ставки среднего медицинского персонала

д) 3 ставки среднего медицинского персонала

003. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено

а) 0.5 ставки зубного техника

б) 1 ставка зубного техника

в) 0.25 ставки зубного техника

г) 2 ставки зубного техника

д) 3 ставки зубного техника

004. По штатному нормативу на 1 ставку врача ортодонта положено

а) 1 ставка младшего медицинского персонала

б) 2 ставки младшего медицинского персонала

в) 0.25 ставки младшего медицинского персонала

г) 0.5 ставки младшего медицинского персонала

д) 0.33 ставки младшего медицинского персонала

005. Целесообразное распределение детей при проведении диспансеризации

по ортодонтическим показаниям составляет

а) 1 группу

б) 2 группы

в) 3 группы

г) 4 группы

д) 5 групп

006. Работа врача ортодонта с детьми I диспансерной группы состоит

а) в аппаратурном ортодонтическом лечении

б) в борьбе с вредными привычками

в) в нормализации нарушений функций

г) в протезировании

д) в санитарно-просветительной работе

по воспитанию гигиенических навыков и другим вопросам

007. Ко II диспансерной группе следует отнести детей

а) с выраженными зубочелюстными аномалиями

б) с ранней потерей зубов

в) с неправильным положением отдельных зубов

г) с начальной стадией аномалии прикуса

д) с предпосылками к развитию отклонений в прикусе

008. Ортодонтическую помощь детям целесообразно организовать

а) в детских стоматологических поликлиниках

б) в детских садах

в) в школах

г) в детских соматических поликлиниках

д) в специализированных ортодонтических центрах

009. Анализ работы врача ортодонта целесообразно проводить

с учетом количества

а) посещений больных

б) примененных ортодонтических аппаратов

в) вылеченных детей

г) трудовых единиц

д) детей, взятых на ортодонтическое лечение

010. К III диспансерной группе следует отнести детей

а) с выраженными аномалиями прикуса

б) с выявленными этиологическими факторами,

но без морфологических отклонений в прикусе

в) с незначительными отклонениями в прикусе

или в положении отдельных зубов

г) со значительно выраженными аномалиями положения отдельных зубов

д) без морфологических функциональных и эстетических нарушений

в зубочелюстной системе

011. Критерием для перевода детей в I группу практически здоровых детей

является

а) нормализация функции глотания

б) нормализация функции дыхания

в) получение положительных результатов:

в исправлении положения зубов, зубных дуг

г) создание эстетического, морфологического

и функционального оптимума

д) уменьшение степени выраженности зубочелюстных аномалий

012. Врач ортодонт снимает детей с диспансерного наблюдения

а) при получении положительных результатов:

исправления положения зубов

б) при нормализации функции

в) при закреплении результатов ортодонтического лечения

г) при сформированном правильном постоянном прикусе

д) при улучшении эстетики лица

013. Главными задачами диспансеризации детей ортодонтической службы

являются

а) выявление детей с выраженными зубочелюстными аномалиями

б) выявление детей с предпосылками к развитию аномалий прикуса

в) профилактика зубочелюстных аномалий

г) аппаратурное ортодонтическое лечение детей с аномалиями прикуса

д) все перечисленные задачи

014. В работу "комнаты здорового ребенка" в возрасте до 1 года

в детских поликлиниках следует включить

а) обучение родителей правильному способу вскармливания детей

б) массаж в области альвеолярных отростков, зубов

в) гигиенические навыки

г) устранение вредных привычек

д) все перечисленное

015. В работу воспитателей детских садов в связи

с профилактикой аномалий прикуса следует включить

а) борьбу с вредными привычками

б) правильную осанку

в) тренировку носового дыхания

г) правильное положение головы во время сна

д) все перечисленное

016. К IV диспансерной группе следует отнести детей

а) с незначительными отклонениями в положении отдельных зубов

б) с выявленными этиологическими факторами,

но без морфологических отклонений в прикусе

в) с выраженными аномалиями прикуса

г) без морфологических, функциональных и эстетических отклонений

д) с аномалиями прикуса в начальной стадии

017. У детей IV диспансерной группы целесообразно применять

следующие виды ортодонтической помощи

а) санитарно-просветительную работу

б) применение ортодонтических аппаратов

в) нормализацию нарушений функций зубочелюстной системы

г) миотерапию

д) массаж в области отдельных зубов

018. Наиболее квалифицированно и эффективно миотерапия в ортодонтии

проводится

а) в ортодонтическом кабинете врача ортодонта

б) в стоматологической поликлинике -

логопедом, прошедшим специализацию по ЛФК

в) в детских садах - воспитателями

г) в детских соматических поликлиниках -

инструкторами по лечебной физкультуре

д) в домашних условиях индивидуально

под руководством врача ортодонта

019. Наиболее целесообразной формой ортодонтической службы

с организационной точки зрения является

а) укрупнение ортодонтических отделений

б) организация ортодонтических диагностических центров

в) организация службы комплексного лечения зубочелюстных аномалий

г) укрупнение зуботехнических лабораторий

д) диспансеризация детей по ортодонтическим показаниям

020. Наиболее эффективной организационной формой лечения

детей с врожденной патологией в зубочелюстно-лицевой области

является лечение

а) в детских соматических поликлиниках

б) в детских стоматологических поликлиниках

в) в специализированных центрах по лечению врожденной патологии

г) в хирургических отделениях общих больниц

д) в ортодонтических центрах

021. Профилактика аномалий прикуса в периоде предначального развития детей

состоит

а) в медико-генетической консультации

б) в пропаганде правильного режима труда, отдыха

и питания будущей матери

в) в профилактике простудных и других заболеваний беременных женщин

г) в устранении вредных привычек у беременной женщины

д) во всем перечисленном

022. Для профилактики аномалий прикуса в работу терапевтов-стоматологов

при санации полости рта дошкольника следует включить

а) устранение вредных привычек

б) пришлифовывание бугров временных зубов

в) нормализацию функции жевания, глотания

г) миотерапию, массаж

д) все перечисленное

023. У детей грудного возраста в целях профилактики зубочелюстных аномалий

целесообразно применять

а) создание благоприятных условий для правильного вскармливания

б) миотерапию

в) стандартные вестибулярные пластинки

г) нормализацию функции дыхания

д) устранение вредных привычек сосания языка

024. Работа по профилактике аномалий прикуса в раннем детском возрасте

направлена

а) на устранение ранних признаков аномалий прикуса

б) на предупреждение дальнейшего развития аномалий прикуса

в) на регулирование роста челюстей

г) на назначение ортодонтического аппаратурного лечения

д) на устранение причин, обуславливающих аномалии прикуса

025. В нормализации функции дыхания первостепенное значение имеют

а) нормализация осанки, положения головы

б) упражнения для тренировки круговой мышцы рта

в) санация носоглотки

г) упражнения для нормализации положения языка

д) дыхательная гимнастика

026. Абсолютным показанием к последовательному (серийному) удалению

отдельных зубов является

а) сужение зубных рядов

б) мезиальное смещение боковых зубов

в) макродентия

г) чрезмерное развитие одной из челюстей

д) недоразвитие одной из челюстей

027. Последствиями ранней потери временных зубов за 1 год до их смены

являются

а) сужение зубных рядов

б) укорочение зубных рядов

в) смещение отдельных зубов

г) нарушение сроков прорезывания постоянных зубов

д) все перечисленные последствия

028. При дефектах зубных рядов в боковых участках возникают

вредные привычки в виде

а) сосания пальцев

б) прикусывания губ

в) сосания языка

г) прокладывания мягких тканей языка, щек в область дефекта

д) неправильного глотания

029. Саморегуляция зубочелюстных аномалий наступает в результате

а) коррекции неправильных окклюзионных контактов

за счет физиологической стираемости эмали

б) роста челюстей

в) устранения вредных привычек

г) нормализации функций зубочелюстной системы

д) всего перечисленного

030. Воспитание детей в связи с профилактикой прикуса направлено

а) на правильное положение головы и осанки

б) на тренировку носового дыхания

в) на воспитание правильного навыка пережевывания пищи

г) на понимание негативных последствий вредных привычек

д) на все перечисленное

031. В занятие по логопедическому обучению

в связи с профилактикой аномалии прикуса следует включить

а) нормализацию функции глотания

б) тренировку круговой мышцы рта

в) нормализацию осанки

г) дыхательные упражнения

д) все перечисленное

032. Ведущим фактором в формировании дистального прикуса

в постнатальном периоде являются

а) вредные привычки

б) ротовое дыхание

в) наследственная отягощенность

г) неправильное вскармливание

д) все перечисленное

033. Ведущим фактором выраженного открытого прикуса является

а) неправильное положение языка в покое и во время функций сосания:

языка, пальцев, различных предметов

б) укороченная уздечка языка

в) ротовое дыхание

г) инфантильный способ глотания

д) вредная привычка сосания соски

034. Применение стандартных вестибулярных пластинок целесообразно

а) при лечении дистального глубокого прикуса

б) при лечении открытого прикуса,

вызванного вредной привычкой сосания пальца, прикусывания губ

в) для нормализации функции глотания

г) при лечении открытого прикуса,

вызванного вредной привычкой сосания языка

д) при лечении глубокого прикуса

035. При показании к удалению постоянных зубов

при оценке измерения диагностических моделей челюстей

ведущим является

а) недостаток места для имеющихся зубов до 5 мм

б) макродентия

в) мезиальное смещение боковых зубов

г) уменьшение длины апикального базиса

д) несоответствие величины апикального базиса и величины зубов

036. Задачи профилактики зубочелюстных аномалий включают

а) устранение вредных привычек

б) коррекцию мягких тканей

в) удаление отдельных зубов

г) пришлифование бугров отдельных зубов

д) создание оптимальных условий для развития зубочелюстной системы

037. Показанием к применению подбородочной пращи является

а) устранение вредной привычки сосания языка

б) нормализация функции глотания

в) нормализация функции дыхания

г) нормализация положения нижней челюсти и задержка ее роста

д) оптимизация роста верхней челюсти

038. Показанием к применению нижнечелюстной пращи является

а) лечение мезиального прикуса

б) лечение дистального прикуса

в) нормализация функции дыхания

г) лечение вертикальных аномалий прикуса

д) устранение вредной привычки сосания языка

039. Применение соски у детей первого года жизни

а) абсолютно противопоказано

б) показано детям с вредной привычкой сосания пальцев

в) показано детям с ротовым дыханием

г) показано постоянное

д) показано ограниченное

040. Соотношение челюстных костей у новорожденных в норме - это

а) соотношение челюстей в одной вертикальной плоскости

б) нижняя челюсть впереди верхней

в) нижняя челюсть сзади верхней до 5 мм

г) любое соотношение челюстей

041. Профилактикой вредных привычек у детей первого года является

а) пластика уздечки языка

б) правильный режим жизни ребенка

в) применение рукавичек

г) правильный способ вскармливания

д) предупреждение и лечение общих заболеваний

042. Учить ребенка чистить зубы целесообразно в возрасте

а) до 1 года

б) 1 года

в) 2 лет

г) 3 лет

д) 4-5 лет

043. Понятие медицинской этики определяет

а) понятие о долге врача

б) правовые основы медицинского законодательства

в) вопросы нравственности

г) гражданская позиция

д) понятие коллегиальности

044. Медицинская деонтология - это

а) понятие о долге врача

б) взаимоотношение врача и больного

в) вопросы нравственности

г) понятие коллегиальности

д) правовые основы медицинского законодательства

045. Ребенок начинает обращать внимание на лицевые признаки

а) в 3 года

б) в 6 лет

в) в 9 лет

г) в 12 лет

д) в 15 лет

046. Психосоматическое состояние организма человека характеризует

а) 2 типа нервной деятельности

б) 3 типа нервной деятельности

в) 4 типа нервной деятельности

г) 5 типов нервной деятельности

д) 6 типов нервной деятельности

047. Психотерапевтическая подготовка больного

перед ортодонтическим лечением

а) необходима всем больным

б) необходима для отдельных больных

в) не нужна

г) пагубно влияет на ортодонтическое лечение

д) необходима после определенного возраста

048. Применять гипнотерапию как способ лечения

стойких вредных привычек у детей

а) необходимо во всех случаях

б) можно только в подростковом возрасте

в) можно у детей со здоровой психикой

г) нельзя

д) можно у детей с нарушенной психикой

049. Принимать на ортодонтическое лечение детей с нарушенной психикой

а) необходимо во всех случаях

б) можно только в детском возрасте

в) можно только в подростковом возрасте

г) можно для отдельных больных

д) нельзя

Раздел 2

КЛИНИЧЕСКАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ

ПОЛОСТИ РТА

001. Отграничение ротовой полости от носовой происходит

а) на 3-4 неделе беременности

б) на 6-7 неделе беременности

в) на 9-10 неделе беременности

г) на 12-14 неделе беременности

д) на 14-16 неделе беременности

002. Начало закладки и обызвествления временных зубов происходит

а) на 8-9 неделе беременности

б) на 12-16 неделе беременности

в) на 20-24 неделе беременности

г) на 30-32 неделе беременности

д) на 33-40 неделе беременности

003. Рост челюстей в период эмбриогенеза взаимосвязан

а) сначала с ростом языка

б) сначала с формированием зачатков временных зубов

в) сначала с ростом зачатков постоянных зубов

г) с сочетанным действием всего перечисленного

д) ни с чем из перечисленного

004. Положение нижней челюсти у новорожденного в норме

а) ортогнатическое

б) ретрогнатическое

в) прогнатическое

г) вариабельное

д) латерогнатическое

005. В период новорожденности для развития зубочелюстной системы

роль акта сосания

а) существенная

б) не существенная

в) существенная, но до определенного возраста

г) не имеет значения

д) очень существенная

006. Видами роста челюстных костей являются

а) интерстициальный рост

б) суставной рост

в) суставной и шовный рост

г) суставной, шовный и аппозиционный рост

д) ремоделирующий рост

007. Временные резцы прорезываются

а) в 6-12 месяцев

б) в 12-18 месяцев

в) в 18-24 месяцев

г) в 24-30 месяцев

д) в 34-40 месяцев

008. Временные первые моляры и клыки прорезываются

а) в 6-12 месяцев

б) в 16-20 месяцев

в) в 20-24 месяцев

г) в 28-32 месяцев

д) в 34-40 месяцев

009. Временные клыки прорезываются

а) в 6-12 месяцев

б) в 16-20 месяцев

в) в 20-24 месяцев

г) в 28-30 месяцев

д) в 34-40 месяцев

010. Вторые временные моляры прорезываются

а) в 6-12 месяцев

б) в 16-20 месяцев

в) в 20-24 месяцев

г) в 28-30 месяцев

д) в 34-40 месяцев

011. I физиологическое повышение прикуса происходит

а) в 6-12 месяцев

б) в 16-24 месяцев

в) в 28-30 месяцев

г) в 30-36 месяцев

д) в 40-46 месяцев

012. Вариантом смыкания первых постоянных моляров в норме является

а) фиссурно-бугорковое смыкание (по I классу)

б) бугровое

в) фиссурно-бугорковое (по III классу)

г) фиссурно-бугорковое (по II классу)

д) не существенно

013. Характеристика сформированного временного прикуса

в зависимости от размеров зубов и зубных дуг, межзубных контактов

а) ортогнатический с мезиальной степенью или без нее у зубов

б) прямой с мезиальной ступенью или без нее у зубов

в) дистальный с расположением в одной плоскости

г) мезиальный с мезиальной ступенью между зубов

д) дистальный с дистальной ступенью между зубов

014. II физиологическое повышение прикуса происходит

а) в 3-4 года

б) в 6-8 лет

в) в 9-10 лет

г) в 10-12 лет

д) в 12-14 лет

015. Влияние внутриротовых и околоротовых мышц

на установление постоянных резцов в прикусе

а) проявляется существенно

б) проявляется не существенно

в) не имеет значения

г) проявляется очень существенно

д) проявляется существенно до определенного возраста

016. Зачатки зубов внутри альвеолярного отростка перемещаются

а) только в мезиальном направлении

б) только в буккальном направлении

в) только в окклюзионном направлении

г) во всех трех направлениях

д) в дистальном направлении

017. III физиологическое повышение прикуса происходит

а) в 3-4 года

б) в 6-7 лет

в) в 9-11 лет

г) в 10-12 лет

д) в 12-13 лет

018. Шов нижней челюсти у ребенка окостеневает

а) к 6 месяцам

б) после первого года жизни

в) после второго года жизни

г) после третьего года жизни

д) к 5 годам

019. Срединный небный шов окостеневает

а) после первого года жизни

б) к 6 годам

в) к 14 годам

г) к 18 годам

д) после 20 лет, к 24-25 годам

020. У ребенка инфантильный тип глотания наблюдается

а) до 1 года

б) до 1.5-2 лет

в) до 3-6 лет

г) до 7-10 лет

д) в течение всей жизни

021. IV физиологическое повышение прикуса происходит

а) в 3-4 года

б) в 6-7 лет

в) в 9-11 лет

г) в 12-15 лет

д) в 15-18 лет

022. У ребенка устанавливается соматический тип глотания в возрасте

а) 1 года

б) 3-4 лет

в) 5-6 лет

г) 8-10 лет

д) после 10 лет

023. Временный прикус формируется в возрасте

а) до 1 года

б) до 2 лет

в) до 3 лет

г) до 4 лет

д) до 5 лет

024. Временный прикус считается сформированным

а) от 1 года до 3 лет

б) от 3 до 5 лет

в) от 6 до 9 лет

г) от 9 до 11 лет

д) от 11 до 13 лет

025. Начальный период смешанного прикуса соответствует возрасту

а) от 1 года до 3 лет

б) от 3 до 6 лет

в) от 6 до 9 лет

г) от 9 до 12 лет

д) от 12 до 15 лет

026. Конечный период смешанного прикуса соответствует возрасту

а) от 3 до 6 лет

б) от 6 до 9 лет

в) от 9 до 12 лет

г) от 12 до 15 лет

д) после 15 лет

027. Постоянный прикус формируется в возрасте

а) от 6 до 12 лет

б) от 12 до 15 лет

в) от 15 до 18 лет

г) от 18 до 24 лет

д) после 24 лет

028. V физиологическое повышение прикуса происходит в возрасте

а) 3-4 лет

б) 6-12 лет

в) 12-15 лет

г) 15-18 лет

д) 18-24 года

029. Завершение формирования постоянного прикуса происходит в возрасте

а) от 9 до 12 лет

б) от 12 до 15 лет

в) от 15 лет до 21 года

г) от 21 до 24 лет

д) после 25 лет

030. Формирование верхушек корней резцов

и первых моляров нижней челюсти завершается в возрасте

а) 7-8 лет

б) 8-9 лет

в) 9-10 лет

г) 10-11 лет

д) 11-12 лет

031. Формирование верхушек корней первых премоляров

завершается в возрасте

а) 11-12 лет

б) 12-13 лет

в) 13-14 лет

г) 14-15 лет

д) 15-16 лет

032. Формирование верхушек корней вторых премоляров

завершается в возрасте

а) 11-12 лет

б) 12-13 лет

в) 13-14 лет

г) 14-15 лет

д) 15-16 лет

033. Формирование верхушек корней клыков завершается в возрасте

а) 11-12 лет

б) 12-13 лет

в) 13-14 лет

г) 14-15 лет

д) 15-16 лет

034. Формирование верхушек корней вторых моляров завершается в возрасте

а) 11-12 лет

б) 12-13 лет

в) 13-14 лет

г) 14-15 лет

д) 15-16 лет

035. Формирование верхушек корней третьих моляров завершается в возрасте

а) 9-12 лет

б) 12-15 лет

в) 15-18 лет

г) 18-21 год

д) 21-24 года

Раздел 3

ДИАГНОСТИКА В ОРТОДОНТИИ

001. Дифференциальную диагностику физиологической

и патологической асимметрии зубных дуг можно провести по методике

а) Нансе

б) Герлаха

в) Шварца

г) Фуса

д) Хорошилкиной

002. Площадь неба изучают по методике

а) Коркзаузе

б) Снагиной

в) Хауса

г) Герлаха

д) Шмута

003. Величину молочных и постоянных зубов сопоставляют

а) по методике Мичиганского университета

б) по Миргазизову

в) по Долгополовой

г) по Герлаху

д) по Шварцу

004. Недостаток места для неправильного расположения зубов выявляют

а) по размеру зуба и места для него в зубной дуге

б) по Нансе

в) по Миргазизову

г) по методике Мичиганского университета

д) по данным рентгенографии

005. Рентгенографию кистей рук делают

а) для уточнения сроков окостенения

б) для прогноза роста челюстей

в) для сопоставления костного и зубного возраста

г) для изучения динамики роста организма

д) для выяснения аномалий развития скелета

006. Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить

а) возможности роста челюстей

б) форму и размер суставных головок

в) характер движения суставов

г) размеры суставной щели

д) форму и размер суставного диска

007. Ортопантограммы челюстей делают

а) для определения количества и расположения зубов

б) для изучения строения лицевого отдела черепа

в) для прогноза роста челюстей

г) для изучения динамики роста челюстей

д) для определения показаний к удалению зубов

008. Методом исследования боковых ТРГ головы является

а) метод Парма

б) метод Шварца

в) метод Шулера

г) метод Паатера

д) метод Колоткова

009. Сопоставление боковых ТРГ головы проводят

а) для уточнения показаний к удалению зубов

б) для выявления характера морфологической перестройки

в) для лицевого отдела черепа

г) для выяснения искажений при ТРГ исследовании

д) для уточнения костного и зубного возраста

010. На прямых ТРГ головы возможно выявить

а) количество и положение зубов

б) форму и размеры лицевого отдела черепа

в) показания к удалению отдельных зубов

перед ортодонтическим лечением

г) динамику роста челюстей

д) отклонения в развитии шейного отдела позвоночника

011. На аксиальных ТРГ головы возможно выявить

а) количество и положение зубов

б) асимметрию развития черепа

в) динамику роста челюстей

г) отклонения в развитии шейного отдела позвоночника

д) костный возраст

012. При использовании ЭВМ для анализа ТРГ головы возможно

а) ускорить расшифровку ТРГ

б) расширить возможности анализа

в) сделать компьютерную диагностику

г) прогнозировать отдаленные результаты лечения

д) выбрать метод лечения

013. Преимущества электрорентгенографии перед обычной рентгенографией

состоят

а) в уменьшении лучевой нагрузки

б) в ускорении получения результатов

в) в экономии серебра и химреактивов

г) в получении изображения в позитиве

д) ни в чем из перечисленного

014. Преимущества рентгенокинематографии по сравнению

с обычной рентгенографией состоят

а) в ускорении исследования

б) в динамическом изучении

в) в удешевлении всего процесса

г) в уменьшении лучевой нагрузки

д) ни в чем из перечисленного

015. Периодами развития классификаций зубочелюстных аномалий являются

а) доэнглевский

б) Энглевский

в) Шварцевский

г) Симоновский

д) все перечисленные периоды

016. Одним из авторов эстетической классификации является

а) Энгль

б) Ильина - Маркосян

в) Симон

г) Шварц

д) Андрезен

017. Одним из авторов морфофункциональной классификации является

а) Энгль

б) Штернфельд

в) Катц

г) Бетельман

д) Андрезен

018. Одним из авторов краниометрической классификации является

а) Энгль

б) Симон

в) Шварц

г) Курляндский

д) Ильина - Маркосян

019. Одним из авторов этиологической классификации является

а) Энгль

б) Катц

в) Конторович - Коркхаузе - Шварц

г) Калвелис

д) Курляндский

020. В основе построения симптоматического ортодонтического диагноза лежит

а) характер смыкания зубных рядов

б) этиология зубочелюстных аномалий

в) морфологические отклонения в строении лицевого отдела черепа

г) функциональные нарушения

д) эстетические нарушения

021. Симптоматический диагноз - это

а) установление вида прикуса

б) определение функциональных нарушений

в) характеристика строения челюстей и их взаимоотношения

г) эстетические нарушения

д) сопутствующие стоматологические нарушения

022. Топико-морфометрическая диагностика зубочелюстно-лицевых аномалий

базируется

а) на изучении соотношения зубных дуг

б) на изучении размера и положения частей лицевого отдела черепа

в) на выявлении нарушений функций зубочелюстной системы

г) на определении сопутствующих стоматологических

и общесоматических заболеваний

д) на уточнении характера эстетических нарушений

023. Симптоматический диагноз отличается от дифференциального

а) выявлением характера смыкания сегментов зубных дуг

б) определением вида прикуса

в) локализацией зон морфологических отклонений

в строении зубочелюстной системы

г) определением функциональных и эстетических нарушений

д) характеристикой строения лицевого отдела черепа

024. Определение степени тяжести заболевания

а) достаточно по характеристике диагноза

б) требует дополнительного изучения по специальным методикам

в) не требует дополнительного изучения по специальным методикам

г) возможно на основании рентгенологических исследований

д) возможно на основании биометрических исследований

025. Окончательный диагноз устанавливается

а) на основании клинических данных

б) после анализа данных клинических и лабораторных исследований

в) на основании симптоматического диагноза

с дополнительной характеристикой функциональных

и эстетических нарушений

г) на основании симптоматического, топографического,

морфологического диагнозов

д) на основании симптоматического, топико-морфометрического,

этиопатогенетического диагнозов с характеристикой функциональных

и эстетических нарушений

026. Степень трудности лечения определяют

а) для углубленной качественной характеристики патологии

б) для углубленной количественной характеристики патологии

в) для уточнения плана и прогноза лечения

г) для выражения в количественной форме качественных изменений

в зубочелюстной системе

д) для разработки организационных мероприятий

027. Для определения степени трудности ортодонтического лечения

известны методики

а) Зиберта

б) Айзмана

в) Зиберта - Малыгина

г) Шварца

д) Рубинова

028. Определение степени трудности ортодонтического лечения используют

а) для определения стоимости лечения

б) для планирования объема и срока лечения

в) для выявления эффективности лечения

г) для уточнения эффективности различных методов лечения

д) для научной организации труда

029. Для планирования объема и срока ортодонтического лечения

существуют методики

а) Зиберта - Малыгина

б) Малыгина - Белого

в) Айзмана

г) Хорошилкиной

д) Токаревича

030. Объем и сроки ортодонтического лечения зависят преимущественно

а) от времени лечения в месяцах

б) от количества посещений больным врача

в) от степени трудности лечения

г) от количества трудовых единиц

д) от комплекса перечисленных факторов

031. Степень трудности ортодонтического лечения и его эффективность

находятся в следующей зависимости

а) эффективность прямо зависит от степени трудности

б) эффективность обратно зависит от степени трудности

в) эффективность не зависит от степени трудности

г) эффективность больше зависит от продолжительности лечения

д) эффективность зависит от удаления отдельных зубов

032. Степень трудности ортодонтического лечения и его продолжительность

а) находятся в прямой сильной зависимости

б) находятся в обратной сильной зависимости

в) не зависят друг от друга

г) обратно зависят друг от друга при определенных обстоятельствах

д) прямо зависят друг от друга при учете количества посещений

033. Степень трудности ортодонтического лечения и его объем

а) находятся в прямой сильной зависимости

б) находятся в обратной сильной зависимости

в) прямо сильно зависят без учета продолжительности лечения

г) обратно сильно зависят с учетом продолжительности лечения

д) не зависят друг от друга

034. Эффективность ортодонтического лечения и его продолжительность

а) находятся в прямой сильной зависимости

б) находятся в обратной сильной зависимости

в) не зависят друг от друга

г) зависят от удаления отдельных зубов

д) зависят от других причин

035. Методика Малыгина - Белого используется

а) для ортодонтического лечения

б) для хирургического лечения

в) для комплексного лечения

г) для протетического лечения

д) для сочетанного лечения

036. При изучении объема и срока комплексного лечения дистального прикуса

дополнительно требуется

а) таблица Малыгина - Белого

б) ортопланимер

в) таблица Токаревича

г) расчетная таблица Пона - Линдер - Харта - Коркхаузе - Шварца

д) ничего из перечисленного

037. Правильной последовательность формулировки диагноза

при сочетанной патологии является

а) ортодонтический симптоматический диагноз

и характеристика других заболеваний

б) топико-морфометрический диагноз с добавлением характеристики

функциональных и эстетических нарушений

в) окончательный ортодонтический диагноз

и характеристика других стоматологических заболеваний

г) заключительный ортодонтический, стоматологический диагнозы

с характеристикой заболеваний других органов и систем организма

д) описание местных и общих нарушений в организма

038. К аномалии прикуса приводят

а) аномалии положения зубов

б) зубоальвеолярные нарушения

в) зубочелюстные аномалии

г) все перечисленные отклонения

039. Зубо-альвеолярные разновидности аномалий прикуса характеризует

а) соотношение зубных дуг

б) положение зубов

в) топография зубов

г) топография зубов, зубных рядов и альвеолярных дуг

д) топография челюстей

040. Гнатические разновидности аномалий прикуса характеризует

а) соотношение зубных дуг

б) топография альвеолярных дуг

в) топография и размеры челюстных костей

г) топография других лицевых костей

д) размер и положение зубов

041. Скелетные разновидности аномалий прикуса характеризует

а) соотношение зубных дуг

б) топография альвеолярных дуг

в) топография челюстных дуг

г) топография пограничных костей лицевого отдела черепа

д) топография мозговых костей черепа

042. На топографию отдельных частей лицевого отдела черепа влияет

а) размер частей

б) положение частей

в) размер и местоположение частей

043. Изучаемая структура лицевого отдела черепа по своему размеру имеет

а) 1 значение

б) 2 значения

в) 3 значения

г) 4 значения

д) 5 и более значений

044. Изучаемая структура лицевого отдела черепа по своему местоположению

имеет

а) 1 значение

б) 2 значения

в) 3 значения

г) 4 значения

д) 5 и более значений

045. Инклинация структуры

а) является самостоятельным нарушением

б) не является самостоятельным нарушением

в) иногда является самостоятельным нарушением

г) является комбинированным, самостоятельным нарушением

д) является комбинированным, несамостоятельным нарушением

046. Динамическое нарушение местоположения характеризует

а) челюсти

б) верхнюю часть лицевого отдела черепа

в) нижнюю часть лицевого отдела черепа

г) зубо-альвеолярные дуги челюстей

д) пограничные кости лицевого скелета

047. "Ключ окклюзии" определяется

а) всегда соотношением шестых зубов

б) всегда соотношением пятых временных зубов

в) всегда соотношением клыков

г) часто соотношением пятых временных зубов

д) иногда соотношением шестых зубов

048. Соотношение первых постоянных моляров может нарушить

а) размер временных моляров

б) разница в размерах между нижними и верхними временными молярами

в) отсутствие трем между зубами

г) наличие трем между временными зубами

д) отсутствие стираемости временных зубов

049. Первые постоянные моляры по I классу Энгля устанавливаются

а) в 6 лет

б) в 7-8 лет

в) в 12 лет

г) после 12 лет

д) в зависимости от варианта физиологического формирования прикуса

050. Коррекция установления первых постоянных моляров может происходить

а) при I физиологическом повышении прикуса

б) при II физиологическом повышении прикуса

в) при III физиологическом повышении прикуса

г) при IV физиологическом повышении прикуса

д) при V физиологическом повышении прикуса

051. Укажите отличие между ортогнатическим и нейтральным прикусом

а) ортогнатический прикус можно назвать нейтральным

б) нейтральный прикус нельзя назвать ортогнатическим

в) нейтральный прикус можно назвать ортогнатическим

г) при нейтральном прикусе имеются любые отклонения

в положении передних зубов

д) при нейтральном прикусе имеются отклонения

в положении боковых зубов

052. Отличием между сагиттальными аномалиями прикуса и ортогнатическими

является

а) соотношение всех боковых зубов

б) соотношение передних зубов

в) соотношение первых постоянных моляров

г) соотношение клыков

д) ничего из перечисленного

053. Вид прикуса можно определить по соотношению

а) первых постоянных моляров

б) шестых зубов и клыков

в) шестых сегментных зубных дуг

г) зубных рядов в трех взаимно перпендикулярных направлениях

д) передних зубов

054. Отличие между сагиттальными аномалиями прикуса

состоит в нарушении контактов

а) между шестыми зубами

б) между клыками

в) между резцами

г) боковых зубов

д) передних зубов

055. Дистальный прикус характеризуется нарушением контактов

а) шестых зубов по III классу Энгля

б) клыков по III классу Энгля

в) боковых зубов по II классу Энгля

г) передних зубов по I классу Энгля

д) боковых зубов по I классу Энгля

056. Мезиальный прикус характеризуется нарушением контактов

а) шестых зубов по III классу Энгля

б) клыков по III классу Энгля

в) боковых зубов по III классу Энгля

г) передних зубов по III классу Энгля

д) боковых зубов по I классу Энгля

057. Прямой прикус характеризуется

а) нарушением контактов боковых зубов

б) нарушением контактов передних зубов

в) нарушением контактов всех зубов

г) укорочением овала верхней зубной дуги

д) укорочением овала нижней зубной дуги

058. Глубокое резцовое перекрытие характеризуется

а) нарушением контактов боковых зубов

б) нарушением контактов передних зубов

в) нарушением контактов всех зубов

г) укорочением овала нижней зубной дуги

д) укорочением овала верхней зубной дуги

059. Дезокклюзия зубов характеризуется

а) нарушением контактов передних зубов

б) нарушением контактов боковых зубов

в) отсутствием контактов большинства зубов

с появлением вертикальной щели

г) отсутствием контактов большинства зубов

с появлением сагиттальной щели

060. Глубокий прикус характеризуется

а) нарушением контактов передних зубов

б) нарушением контактов боковых зубов

в) нарушением контактов большинства зубов

с появлением вертикальной щели

г) отсутствием контактов между передними зубами

с наличием сагиттальной щели

061. Дифференциальное отличие между различными разновидностями

глубокого прикуса с функциональной точки зрения состоит в том, что

а) глубокое резцовое перекрытие является состоянием физиологическим

б) глубокое резцовое перекрытие является состоянием патологическим

в) глубокий снижающий прикус является состоянием патологическим

г) глубокий снижающий прикус является состоянием физиологическим

д) глубокий травмирующий прикус является состоянием физиологическим

062. Морфологические отклонения,

влияющие на физиологические возможности передних зубов

в сагиттальном и вертикальном направлениях, находятся в пределах

а) ±0.5-1 мм

б) ±1.5 мм

в) ±2 мм

г) ±3 мм

д) ±4 мм и более

063. Дифференциальной диагностикой глубины фронтального перекрытия,

обусловленного нарушением в области передних зубов, является

а) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг

и не влияет на высоту нижней части лица

б) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг

и влияет на высоту нижней части лица

в) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением

в области боковых зубов и не влияет на высоту нижней части лица

г) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением

в области боковых зубов и влияет на высоту нижней части лица

д) высота нижней части лица не имеет дифференциально

диагностического значения при определении зоны нарушения

064. При вестибуло-перекрестном прикусе

а) верхние боковые зубы перекрывают нижние

б) нижние боковые зубы перекрывают верхние

в) верхние и нижние боковые зубы находятся в бугровых контактах

г) все верхние зубы перекрывают нижние

д) все нижние зубы перекрывают верхние

065. При лингво-перекрестном прикусе

а) нижние боковые зубы полностью перекрывают верхние

б) верхние боковые зубы полностью перекрывают нижние

в) верхние боковые зубы и нижние находятся в бугорковых контактах

г) все верхние зубы перекрывают нижние

д) все нижние зубы перекрывают верхние

066. "Косой" перекрестный прикус является

а) односторонним вестибуло-перекрестным

б) односторонним лингво-перекрестным

в) двусторонним лингво-перекрестным

г) двусторонним вестибуло-перекрестным

д) двусторонним лингво-вестибуло-перекрестным

067. Характеристика прикуса дается

а) в одной плоскости

б) в двух плоскостях

в) в трех плоскостях

г) в одной плоскости, но с учетом передних и боковых сегментов

д) в нескольких плоскостях и с описанием контактов

передних и боковых сегментов

068. Клиническая дифференциальная диагностика смещения нижней челюсти

представляет собой несовпадение средней линии

а) между зубами

б) лица и зубов

в) лица и верхнего зубного ряда

г) лица и нижнего зубного ряда

д) лица и нижней челюсти

069. Дифференциальная диагностика глубины фронтального перекрытия,

обусловленного нарушением в области боковых зубов

а) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг

и не влияет на высоту нижней части лица

б) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг

и влияет на высоту нижней части лица

в) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением

в области боковых зубов и не влияет на высоту нижней части лица

г) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением

в области боковых зубов и влияет на высоту нижней части лица

д) высота нижней части лица не имеет дифференциально

диагностического значения при определении зоны нарушения

070. Нейтральный прикус характеризуется нарушением контактов

а) шестых зубов по I классу Энгля

б) шестых зубов по II классу Энгля

в) шестых зубов по III классу Энгля

г) передних зубов по I классу Энгля

д) передних зубов по II классу Энгля

071. Вид прикуса определяет

а) соотношение отдельных зубов

б) соотношение зубных рядов в состоянии физиологического покоя

в) смыкание зубных рядов в состоянии центральной окклюзии

г) смыкание зубных рядов в состоянии привычной окклюзии

д) смыкание зубных рядов в положении передней окклюзии

072. Основной задачей ортодонтического лечения является

а) устранение морфологических нарушений

б) устранение функциональных нарушений

в) устранение эстетических нарушений

г) создание морфологического, эстетического

и функционального оптимума в зубочелюстной системе

д) устранение функциональных и эстетических нарушений

073. Тип прикуса человека определяется

а) по характеру соотношения резцов

б) по характеру соотношения клыков

в) по характеру соотношения премоляров

г) по характеру соотношения моляров

д) по нескольким ориентирам

074. Существует

а) 2 типа лица человека

б) 3 типа лица человека

в) 4 типа лица человека

г) 5 типов лица человека

д) более 5 типов лица человека

075. Сагиттальная щель между резцами определяется

а) от вестибулярной поверхности верхних резцов

до язычной поверхности нижних

б) от вестибулярной поверхности верхних резцов

до вестибулярной поверхности нижних

в) от язычной поверхности верхних резцов

до вестибулярной поверхности нижних

г) от язычной поверхности верхних резцов

до язычной поверхности нижних

д) измерить невозможно

076. Вертикальная щель между резцами измеряется

а) от режущего края верхних резцов до режущего края нижних

б) от бугорков верхних резцов до режущего края нижних

в) от бугорков верхних резцов до бугорков нижних резцов

г) от пришеечной части верхних резцов до режущего края нижних

д) от режущего края верхних резцов до пришеечной части нижних

077. Изучить диагностические модели челюстей по сагиттали

позволяет методика

а) Пона

б) Линдера - Харта

в) Коркхауза

г) Снагиной

д) Герлаха

078. Изучить диагностические модели челюстей по трансверсали

позволяет методика

а) Пона

б) Герлаха

в) Коркхауза

г) Изара

д) Фуса

079. Выявить мезиальное смещение боковых зубов

на диагностических моделях челюстей позволяет методика

а) Пона

б) Шмута

в) Изара

г) Снагиной

д) Фриеля

080. Выявить укорочение переднего отрезка

на диагностических моделях челюстей позволяет методика

а) Герлаха

б) Коркхауза

в) Хауса

г) Пона

д) Снагиной

081. Измерительным точкам по методике Пона на молярах верхней челюсти

соответствует

а) середина межбугровой фиссуры

б) переднее углубление межбугровой фиссуры

в) передний щечный бугор

г) задний щечный бугор

д) небные поверхности

082. Измерительным точкам по методике Пона на молярах нижней челюсти

соответствует

а) середина межбугровой фиссуры

б) переднее углубление межбугровой фиссуры

в) передний щечный бугор

г) задний щечный бугор

д) небные поверхности

083. Измерительным точкам по методике Пона на премолярах верхней челюсти

соответствует

а) середина межбугровой фиссуры

б) щечный бугор

в) дистальный скат щечного бугра

г) мезиальный скат щечного бугра

д) язычный бугор

084. Измерительным точкам по методике Пона на премолярах нижней челюсти

соответствует

а) середина межбугровой фиссуры

б) щечный бугор

в) дистальный скат щечного бугра

г) мезиальный скат щечного бугра

д) язычный бугор

085. Ширину лица изучают по методике

а) Фуса

б) Изара

в) Фриеля

г) Нанса

д) Пона

086. Длину зубной дуги по окклюзионной плоскости изучают по методике

а) Шварца

б) Коркхауза

в) Нанса

г) Пона

087. Выявлению укорочения боковых сегментов зубной дуги

позволяет методика

а) Герлаха

б) Нанса

в) Снагиной

г) Пона

д) Фриеля

088. Выявить макродентию позволяет методика

а) Фуса

б) Герлаха

в) Фриеля

г) Хорошилкиной

д) Пона

089. Выявить одностороннее смещение боковых зубов позволяет методика

а) Хорошилкиной

б) Пона

в) Хауса

г) Нанса

д) Снагиной

090. Индекс фасциальный морфологический, равный 96-100, определяет

а) очень узкое лицо

б) узкое лицо

в) среднее лицо

г) широкое лицо

д) очень широкое лицо

091. Ширина апикального базиса на верхней челюсти

определяется между точками, расположенными в области

а) проекции корней моляров

б) проекции корней премоляров

в) проекции корней клыков

г) собачьих ямок

д) определить невозможно

092. Ширина апикального базиса на нижней челюсти

определяется между точками, расположенными в области

а) проекции корней моляров

б) проекции корней премоляров

в) у десневого края клыков

г) между проекциями корней клыков и первых премоляров,

отступая 8 мм от десневого края

д) определить невозможно

093. Длина апикального базиса верхней челюсти

определяется между касательной к дистальной поверхности

а) 66 до режущего края 11 по средней линии

б) 66 до межзубного сосочка между 11 по средней линии

в) 77 до межзубного сосочка между 11 по средней линии

г) 77 до режущего края 11

д) определить невозможно

094. Длина апикального базиса нижней челюсти определяется

между касательной к дистальной поверхности

а) 66 до режущего края 11 по средней линии

б) 66 до межзубного сосочка между 11 по средней линии

в) 77 до режущего края 11 по средней линии

г) 77 до межзубного сосочка между 11 по средней линии

д) определить невозможно

095. Длина апикального базиса от суммы мезиодистальных размеров 12 зубов

составляет

а) 20%

б) 30%

в) 40%

г) 50%

д) 60%

096. Орбитальной плоскости на диагностических моделях соответствует линия,

а) проходящая через вершину резцового сосочка

б) проходящая через задний край резцового сосочка

в) соединяющая точки Фриеля на премолярах

г) проходящая через передний край резцового сосочка

д) соединяющая моляры

097. Орбитальная плоскость в норме проходит через

а) боковые резцы

б) клыки

в) первые премоляры

г) вторые премоляры

д) первые моляры

098. Функциональные нарушения челюстно-лицевой области исследуют

а) близкофокусной внутриротовой рентгенографией

б) ортопантомографией челюстей

в) панорамной рентгенографией

г) телерентгенографией

д) рентгенокинематографией

099. Ширина апикального базиса от суммы мезиодистальных размеров 12 зубов

составляет

а) 20%

б) 30%

в) 40%

г) 50%

д) 60%

100. Рентгеновская трубка при внутриротовой близкофокусной рентгенографии

расположена

а) перпендикулярно оси снимаемого зуба

б) перпендикулярно рентгеновской пленке

в) перпендикулярно биссектрисе угла, образованного осью зуба и пленкой

г) параллельно окклюзионной плоскости

д) любым образом

101. При внутриротовой близкофокусной рентгенографии рентгеновская трубка

направляется на проекцию

а) коронки зуба

б) верхушки корня зуба

в) середины корня зуба

г) 1/3 корня зуба

д) не имеет значения

102. Во время проведения панорамной рентгенографии пленка расположена

а) в полости рта неподвижно

б) вне полости рта неподвижно

в) вне полости рта подвижно

г) любым образом

д) в полости рта подвижно

103. Во время проведения панорамной рентгенографии рентгеновская трубка

расположена

а) в полости рта неподвижно

б) вне полости рта неподвижно

в) вне полости рта подвижно

г) в полости рта подвижно

д) любым образом

104. Во время ортопантомографии челюстей пленка расположена

а) в полости рта неподвижно

б) в полости рта подвижно

в) вне полости рта неподвижно

г) вне полости рта подвижно

д) любым образом

105. Во время ортопантомографии челюстей рентгеновская трубка

располагается

а) в полости рта неподвижно

б) в полости рта подвижно

в) вне полости рта неподвижно

г) вне полости рта подвижно

д) любым образом

106. При телерентгенографии головы рентгеновская трубка расположена

от исследуемого объекта на расстоянии

а) 50 см

б) 1 м

в) 1.5 м

г) 2-3 м

д) 4-5 м

107. Ортопантомографию челюстей необходимо проводить

а) в краевом смыкании резцов

б) при выдвижении нижней челюсти до соотношения

по I классу Энгля

в) при привычной окклюзии

г) в состоянии физиологического покоя

д) при любом смыкании челюстей

108. Для определения смещения нижней челюсти в сторону

необходимо применять

а) жевательные пробы по Рубинову

б) пробу Битнера - Эйшлера

в) пробу Ильиной - Маркосян

г) глотательные пробы

д) любую пробу из перечисленных

109. Для определения смещения нижней челюсти вперед необходимо применять

а) жевательные пробы по Рубинову

б) пробу Битнера - Эйшлера

в) пробу Ильиной - Маркосян

г) глотательные пробы

д) любую пробу из перечисленных

110. Глубину преддверия полости рта измеряют

а) от режущего края резцов до переходной складки

б) от вершины межзубных сосочков до переходной складки

в) от десневого края резцов до переходной складки

г) от экватора резцов до переходной складки

д) любым способом

Раздел 4

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И СПОСОБЫ

ОРТОДОНТИЧЕСКОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

001. Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу

в области боковых зубов верхней челюсти крючки

для применения межчелюстной резиновой тяги

а) припаивают на вестибулярной поверхности

б) припаивают на небной поверхности

в) припаивают на вестибулярной и небной поверхности

г) место припаивания не имеет значения

д) не припаивают (перемещение проводится без крючков)

002. Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу

в области боковых зубов нижней челюсти крючки

для применения межчелюстной резиновой тяги

а) припаивают на вестибулярной поверхности

б) припаивают на небной поверхности

в) припаивают на вестибулярной и небной поверхности

г) место припаивания не имеет значения

д) не припаивают (перемещение проводится без крючков)

003. Для устранения смещения нижней челюсти в сторону

шапочку с подбородочной пращей и внеротовой резиновой тягой

а) можно применять с вертикальной тягой

б) можно применять с горизонтальной тягой

в) можно применять с косой тягой

г) можно применять с любой тягой

д) применять не рекомендуется

004. Асимметрия лица у больных с гнатической формой перекрестного прикуса

усиливается в возрасте

а) 3-6 лет

б) 6-7 лет

в) 10-11 лет

г) 15-16 лет

д) после 20 лет

005. При ношении бионатора величина разобщения в переднем участке

а) без разобщения

б) составляет 2-3 мм

в) составляет до 5 мм

г) составляет более 5 мм

д) не имеет значения

006. Применение бионатора показано

а) во временном прикусе

б) в раннем смешанном прикусе

в) в позднем смешанном прикусе

г) в постоянном прикусе

д) в любом периоде формирования прикуса

007. Применение регулятора функции I типа показано

а) при дистальном блокирующем прикусе

б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти

в) при мезиальном прикусе

г) при перекрестном прикусе

д) при прямом прикусе

008. Применение регулятора функции II типа показано

а) при дистальном блокирующем прикусе

б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти

в) при мезиальном прикусе

г) при перекрестном прикусе

д)

009. Применение регулятора функции III типа показано

а) при дистальном блокирующем прикусе

б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти

в) при мезиальном прикусе

г) при перекрестном прикусе

д) при открытом прикусе

010. У регулятора функции I типа боковые щиты

а) прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти

в боковых участках

б) прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти

и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти

в боковых участках

в) прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти

и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти

в боковых участках

г) отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти

в боковых участках

д) не имеют существенного значения

011. У регулятора функции II типа боковые щиты

а) прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти

в боковых участках

б) прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти

и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти

в боковых участках

в) прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти

и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти

в боковых участках

г) отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти

в боковых участках

д) не имеют существенного значения

012. У регулятора функции III типа боковые щиты

а) прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти

в боковых участках

б) прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти

и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти

в боковых участках

в) прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти

и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти

в боковых участках

г) отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти

в боковых участках

д) не имеют существенного значения

013. У регулятора функции I типа пелоты

а) изготавливаются в области верхней губы

б) изготавливаются в области нижней губы

в) изготавливаются в области верхней и нижней губы

г) не применяются

д) применяются в зависимости от возраста ребенка

014. У регулятора функции II типа пелоты

а) изготавливаются в области верхней губы

б) изготавливаются в области нижней губы

в) изготавливаются в области верхней и нижней губы

г) не применяются

д) применяются в зависимости от возраста ребенка

015. У регулятора функции III типа пелоты

а) изготавливаются в области верхней губы

б) изготавливаются в области нижней губы

в) изготавливаются в области верхней и нижней губы

г) не применяются

д) применяются в зависимости от возраста ребенка

016. Для изготовления регулятора функции I типа

особенностью конструктивного прикуса является

а) выдвижение нижней челюсти на I классу Энгля

б) выдвижение нижней челюсти на 3-5 мм

в) выдвижение нижней челюсти до краевого смыкания резцов

г) выдвижение нижней челюсти до обратного перекрытия

в области резцов

д) отсутствие выдвижения нижней челюсти

017. Для изготовления регулятора функции III типа

особенностью конструктивного прикуса является

а) смещение нижней челюсти назад до соотношения

по I классу Энгля

б) смещение нижней челюсти до краевого смыкания резцов

в) максимальное смещение нижней челюсти назад

г) отсутствие смещения нижней челюсти

д) не имеет существенного значения

018. У регулятора функции I типа небный бюгель

а) проходит впереди 55

б) проходит впереди 66

в) проходит позади 66

г) прохождение небного бюгеля не имеет значения

д) не применяется

019. У регулятора функции III типа небный бюгель

а) проходит впереди 55

б) проходит впереди 66

в) проходит позади 66

г) прохождение небного бюгеля не имеет значения

д) не применяется

020. Разновидности регуляторов функции I типа отличаются от II типа

а) разным расположением губных пелотов

б) введением небной дуги

в) отсутствием вестибулярной дуги

г) различным расположением небного бюгеля

д) ничем из перечисленного

021. Верхняя граница верхнегубных пелотов проходит

а) на уровне прикрепления уздечки верхней губы

б) не доходя до основания носа

в) доходя до основания носа

г) выше уровня основания носа

д) вариабельно

022. Передняя граница боковых щитов у регулятора функции проходит

а) между боковыми резцами и клыками

б) между клыками и первыми премолярами

в) между первыми и вторыми премолярами

г) вариабельно

д) между вторыми премолярами и первыми молярами

023. Граница боковых щитов у регуляторов функции проходит

а) за вторыми премолярами

б) у дистальной поверхности первых верхних моляров

в) у дистальной поверхности первых нижних моляров

г) за последними зубами

д) вариабельно

024. Границы опорных колец или коронок на коронковой части зуба

а) проходят на 1/3 коронки зуба

б) проходят на 1/2 коронки зуба

в) доходят до клинической шейки зуба

г) доходят до анатомической шейки зуба

д) не имеет значения

025. Место припаивания опорных трубок для дуг Энгля

а) находится на расстоянии 2 мм от жевательной поверхности

б) находится на уровне экватора зуба

в) находится на расстоянии 2 мм от десневого края

г) не имеет значения

д) зависит от вида прикуса

026. Место припаивания штанги для дистального перемещения клыков

а) находится ближе к мезиальной поверхности коронки

б) находится ближе к дистальной поверхности коронки

в) находится посередине коронки

г) не имеет значения

д) зависит от вида прикуса

027. Нижняя граница штанги для дистального перемещения клыков

а) находится ниже режущего бугра

б) находится на уровне режущего бугра

в) находится выше уровня режущего бугра

г) не имеет значения

д) зависит от вида прикуса

028. Верхняя граница штанги для дистального перемещения клыков

а) находится на уровне десневого края

б) не доходит до десневого края на 1/3 высоты коронки

в) находится на уровне проекции 1/3 величины корня

г) находится на уровне проекции 1/2 величины корня

д) находится на уровне проекции верхушки корня у переходной складки

029. Место припаивания штанги для медиального перемещения резцов

а) находится ближе к медиальной поверхности коронки

б) находится ближе к латеральной поверхности коронки

в) находится посередине коронки

г) не имеет значения

д) зависит от вида прикуса

030. Для равномерного расширения зубного ряда дуга Энгля

а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым

б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним

в) прилегает к передним и боковым зубам

г) отступает от передних и боковых зубов

д) не имеет значения

031. Для удлинения зубного ряда дуга Энгля

а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым

б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним

в) прилегает к передним и боковым зубам

г) отступает от передних и боковых зубов

д) не имеет значения

032. Для укорочения зубного ряда дуга Энгля

а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым

б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним

в) прилегает к передним и боковым зубам

г) отступает от передних и боковых зубов

д) не имеет значения

033. Место припаивания крючков или штанг на скользящей вестибулярной дуге

находится

а) в области боковых резцов

б) у мезиальной поверхности клыков

в) у дистальной поверхности клыков

г) в области первых премоляров

д) в области вторых премоляров

034. Место припаивания крючков или штанг

на выскальзывающей вестибулярной дуге находится

а) в области боковых резцов

б) у мезиальной поверхности клыков

в) у дистальной поверхности клыков

г) в области первых премоляров

д) в области вторых премоляров

035. Уровень припаивания П-образных крючков на кольцах с небной стороны

а) проходит у режущего корня

б) проходит посередине кольца

в) проходит на 2 мм ниже десневого края кольца

г) не имеет значения

д) крючки не припаивают с небной стороны

036. Показанием для применения аппарата Хербста - Кожокару является

а) дистальный прикус

б) мезиальный прикус

в) глубокий прикус

г) открытый прикус

д) перекрестный прикус

037. Действие аппарата Хербста - Кожокару направлено

а) на зубоальвеолярное вытяжение передних зубов верхней челюсти

б) на зубоальвеолярное вытяжение боковых зубов верхней челюсти

в) на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов верхней челюсти

г) на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов нижней челюсти

д) на зубоальвеолярное вытяжение передних зубов верхней челюсти,

на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов верхней челюсти

038. Аппарат Герлинга - Гашимова применяется

а) при резком сужении зубного ряда

б) при макродентии

в) для дистального перемещения боковых зубов

г) для поворота зубов по оси

д) для вертикального вытяжения зубов

039. Показанием для применения аппарата Дерихсвайлера является

а) укорочение зубной дуги

б) удлинение зубное дуги

в) резкое сужение зубного ряда верхней челюсти

г) резкое сужение зубного ряда нижней челюсти

д) мезиальное смещение боковых зубов

040. Верхняя граница коронки Катца с вестибулярной поверхности

а) доходит до анатомической шейки зуба

б) доходит до клинической шейки зуба

в) проходит, отступая от десневого края на 2-3 мм

г) доходит до середины коронки зуба

д) не имеет значения

041. Активатор Андрезена - Гойпля относится

а) к механически-действующим аппаратам

б) к функционально-действующим аппаратам

в) к функционально-направляющим аппаратам

г) к внеротовым аппаратам

д) к блоковым аппаратам сочетанного действия

042. Активатор Андрезена - Гойпля действует

а) в сагиттальной плоскости

б) в трансверсальной плоскости

в) в вертикальной плоскости

г) в 3 плоскостях

д) в 2 плоскостях

043. При ношении активатора разобщение в боковых участках составляет

а) 1-2 мм

б) 3-4 мм

в) 5-6 мм

г) до 10 мм

д) разобщение не нужно

044. При определении конструктивного прикуса

для активатора нижняя челюсть выдвигается вперед

а) на 2-3 мм

б) на 5 мм

в) на 7 мм

г) на 10 мм

д) в краевое смыкание

045. Кронштейны для фиксации нижнегубных пелотов вводятся

а) в переднем участке нижней челюсти

б) в боковых участках нижней челюсти

в) в переднем участке верхней челюсти

г) в боковых участках верхней челюсти

д) не имеет значение

046. Нижняя граница нижнегубных пелотов

а) проходит выше супраментальной складки

б) проходит на уровне супраментальной складки

в) проходит ниже уровня супраментальной складки

г) не имеет значения

д) зависит от выраженности дистального прикуса

047. При лечении активатором Андрезена - Гойпля нормализуются функции

а) жевания

б) глотания

в) речи

г) все перечисленные

д) дыхания

048. Лечение активатором Андрезена - Гойпля лучше проводить в возрасте

а) 4-5 лет

б) 6-7 лет

в) 9-10 лет

г) 11-12 лет

д) в любом из перечисленных возрастов

049. При гнатической форме мезиального прикуса

удаление зачатков 88 показано в возрасте

а) 10 лет

б) 12-14 лет

в) 16 лет

г) 18 лет

д) 20 лет

050. После окончания лечения дистального прикуса зачатки 88

необходимо удалять

а) при нарушении функции дыхания

б) при нарушении функции глотания

в) при адентии 88

г) при неправильном наклоне осей 88

д) при недостатке места для 88

051. Показанием к последовательному удалению отдельных зубов является

а) кариезное разрушение коронок зубов

б) макродентия

в) сагиттальная щель

г) протрузия резцов

д) открытый прикус

052. Показанием к применению бионатора Янсона является

а) резкое сужение верхней челюсти

б) ретрузия передних зубов на верхней челюсти

в) мезиальное смещение боковых зубов

г) протрузия передних зубов на верхней челюсти

д) ретрузия передних зубов на нижней челюсти

053. Особенностью конструктивного прикуса

для изготовления бионатора Янсона является

а) выдвижение нижней челюсти на 3 мм

б) выдвижение нижней челюсти по I классу Энгля

в) выдвижение нижней челюсти до краевого смыкания

верхних и нижних резцов

г) без смещения нижней челюсти

д) не имеет значение

054. Раздражающую терапию в области ретинированного зуба

надо проводить в течение

а) 3-5 месяцев

б) 1 месяца

в) 8-10 месяцев

г) 1.5-2 лет

д) срок не имеет значения

055. Съемные протезы у детей заменяют

а) каждый год

б) 1 раз в 2 года

в) 1 раз в 3 года

г) 1 раз в 4 года

д) 1 раз в 5 лет

056. Для лечения перекрестного прикуса с боковым смещением

нижней челюсти окклюзионные накладки двухчелюстных аппаратов

а) готовят на стороне смещения

б) готовят на противоположной стороне

в) готовят с двух сторон

г) не делают

д) не имеет значения

057. При применении расширяющей пластинки для верхней челюсти

для лечения двустороннего вестибулярного перекрестного прикуса

окклюзионные накладки на боковые зубы должны быть

а) с отпечатками противоположных зубов

б) гладкие

в) окклюзионные накладки не нужны

г) с одной стороны с отпечатками, с другой - гладкие

д) форма не имеет значения

058. Для применения межчелюстной резиновой тяги

для лечения лингвального перекрестного прикуса крючки припаивают

на боковые зубы верхней челюсти

а) на вестибулярной поверхности

б) на небной поверхности

в) на вестибулярной и небной поверхности

г) место припаивания не имеет значения

д) перемещение проводится без крючков

059. Для применения межчелюстной резиновой тяги

для лечения лингвального перекрестного прикуса крючки

припаивают на боковые зубы нижней челюсти

а) на вестибулярной поверхности

б) на язычной поверхности

в) на вестибулярной и язычной поверхности

г) место припаивания не имеет значения

д) перемещение проводится без крючков

Раздел 5

ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ТЕХНИКА

001. Пластмассовый базис аппарата Дерихсвайлера

а) касается пришеечной части зубов верхней челюсти

б) касается купола неба и альвеолярного отростка верхней челюсти

в) имеет укороченные границы, но опирается на небо

г) имеет укороченные границы и отходит от свода неба

д) граница не имеет значения

002. Диаметр проволоки для изготовления касательных и направляющих

в аппарате Дерихсвайлера должен быть

а) 0.6 мм

б) 0.8 мм

в) 1.0 мм

г) 1.2 мм

д) 1.5 мм

003. Каппа Бынина, аппарат Брюкля, аппарат Башаровой относятся

а) к механически действующим аппаратам

б) к функционально-действующим аппаратам

в) к функционально-направляющим аппаратам

г) к аппаратам сочетанного действия

д) к ретенционным аппаратам

004. Аппарат Брюкля действует по принципу

а) орального наклона передних нижних зубов

б) вестибулярного перемещения передних верхних зубов

в) перемещения нижней челюсти назад

г) сочетанного действия

д) сдерживания роста нижней челюсти

005. К механическим приспособлениям для фиксации

съемных ортодонтических аппаратов относятся

а) небные дуги

б) протрагирующие пружины

в) винты

г) боковые щиты

д) кламмеры

006. Использование анатомической ретенции для фиксации

съемных ортодонтических аппаратов достигается с помощью

а) кламмеров

б) вестибулярных дуг

в) капп

г) окклюзионных накладок

д) получения качественного оттиска всех анатомических образований

зубных рядов и челюстей

007. Адгезия - силы сцепления,

возникающие между двумя плотно соприкасающимися

увлажненными поверхностями, -

а) улучшает фиксацию съемных ортодонтических аппаратов

б) не улучшает фиксацию съемных ортодонтических аппаратов

в) относительно улучшает фиксацию съемных ортодонтических аппаратов

г) имеет место только при фиксации полных съемных протезов

д) не имеет значения

008. При применении съемного аппарата без кламмерной фиксации происходит

а) эффективное перемещение зубов и исправление формы зубных рядов

б) фиксация аппарата за счет активизирования пружин и дуг

различных конструкций

в) фиксация аппарата за счет активирования винтов

г) фиксация аппарата за счет противодействия активной

и реактивной сил, развиваемых аппаратом

д) недостаточная фиксация аппарата в полости рта,

его смещение в процессе действия в более широкую часть зубной дуги,

что приводит к удерживанию аппарата языком,

нарушению его функции, либо отказа от пользования аппаратом,

что удлиняет сроки лечения

009. На одночелюстном съемном аппарате изготавливают

а) 1 кламмер

б) 2 кламмера

в) 3 кламмера

г) 4 кламмера

д) 5 кламмеров

010. На зубах нижней челюсти для наилучшей фиксации аппарата кламмеры

следует располагать

а) асимметрично

б) симметрично

в) по диагонали

г) на одноименных жевательных зубах

д) по возможности симметрично для равномерной передачи нагрузки

на базис аппарата

011. Кламмер состоит

а) из плеча и тела

б) из тела, плеча и отростка, с помощью которого кламмер фиксируется

в базисе аппарата

в) из плеча и отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата

г) из плеча, рабочего угла и отростка,

фиксирующего кламмер в базисе аппарата

д) из плеча, рабочего угла, тела и отростка,

фиксирующего кламмер в базисе аппарата

012. Фиксирующий элемент кламмера на вестибулярной поверхности

боковых зубов располагают

а) ближе к окклюзионной поверхности зуба

б) между окклюзионной

и средней третью вестибулярной поверхности зуба

в) в области средней трети вестибулярной поверхности зуба

г) на границе между средней

и пришеечной третью вестибулярной поверхности зуба

д) в области пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба

013. У детей экватор на вестибулярной поверхности боковых зубов

располагается

а) ближе к окклюзионной поверхности зуба

б) на границе окклюзионной

и средней трети вестибулярной поверхности зуба

в) в области средней трети вестибулярной поверхности зуба

г) на границе средней

и пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба

д) в области пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба

014. У детей с глубоким прикусом экватор

на вестибулярной поверхности боковых зубов располагается

а) ближе к окклюзионной поверхности зуба

б) на границе окклюзионной и средней трети зуба

в) в области средней трети зуба

г) на границе средней и пришеечной трети части

д) в области пришеечной трети части

015. Фиксирующий эффект кламмера достигается

а) правильным прилеганием плеча к коронке зуба

б) правильным изгибанием тела, обуславливающим опору кламмера

в) правильным направлением отростка, фиксирующего кламмер

в базисе аппарата

г) правильным изгибанием всех перечисленных элементов кламмера

д) наличием рабочего угла между телом и плечом кламмера

при правильном изгибании всех перечисленных элементов

016. Кламмеры классифицируются

а) по способу изготовления

б) по диаметру проволоки

в) по способу фиксации в базисе аппарата

г) по технологии изготовления

д) по прилеганию плеча к коронке зуба

017. Кламмеры с плоскостным прилеганием плеча к коронке зуба могут быть

а) круглые

б) пуговчатые

в) кламмеры Адамса

г) ленточные

д) рамочные

018. Кламмеры с линейным прилеганием плеча к коронке зуба могут быть

а) рамочные

б) круглые, перекидной Джексона

в) кламмер Адамса, кламмер Шварца

г) все перечисленные

д) некоторые из перечисленных

019. Кламмеры с линейным прилеганием плеча к коронке

изгибают из проволоки диаметром

а) 0.6 мм

б) 0.7 мм

в) 0.8 мм

г) 0.9 мм

д) 1.0 мм

020. Для фиксации съемных аппаратов у пациентов

в периоде смешанного прикуса следует применять

кламмер с линейным прилеганием плеча к коронке

а) круглый

б) перекидной Джексона

в) Дуйзингса

г) фиксатор Нападова

д) рамочный

021. Круглый кламмер

а) выполняет опорно-удерживающую функцию

б) выполняет удерживающую функцию

в) используется как активно действующий элемент

для поворота опорного зуба вокруг оси

г) используется для перемещения отдельных зубов или их групп

д) используется для фиксации резиновых лигатур

022. Для фиксации съемного аппарата,

использующегося для межчелюстной тяги, следует изготавливать

а) 2 круглых кламмера

б) 3 круглых кламмера

в) 4 круглых кламмера

г) 5 круглых кламмеров

д) 6 и более круглых кламмеров

023. Кламмером с точечным прилеганием плеча под экватором к коронке зуба

является

а) кламмер Дуйзингса

б) рамочный

в) пуговчатый, крючкообразный, копьевидный

г) кламмер Шварца

д) кламмер Адамса

024. Заводским путем изготавливают

а) пуговчатые кламмеры

б) крючкообразные кламмеры

в) копьевидные кламмеры

г) кламмеры Адамса

д) все перечисленные кламмеры

025. В зуботехнической лаборатории изготавливают

а) пуговчатые кламмеры

б) кламмеры Шварца, Адамса

в) крючкообразные кламмеры

г) копьевидные кламмеры

д) все перечисленные кламмеры

026. Кламмеры Шварца наиболее часто изготавливают

а) на 1 боковой зуб

б) на 2 боковых зуба

в) на группу боковых зубов

г) на группу передних зубов

д) на группу боковых зубов справа и слева

027. Кламмеры с точечным прилеганием плеча к коронке зуба

изгибают из проволоки диаметром

а) 0.6 мм

б) 0.7 мм

в) 0.8 мм

г) 0.9 мм

д) 1.0 мм

028. В отечественной ортодонтии редко применяют кламмеры Шварца

а) из-за отсутствия набора щипцов для их изгибания

б) из-за недостаточно хорошего качества проволоки

в) из-за недостаточно надежной фиксации с их помощью аппарата

г) из-за затруднений при их коррекции

д) из-за всех перечисленных причин

029. В отечественной ортодонтии для фиксации

съемных ортодонтических аппаратов наиболее широко используется

кламмер Адамса

а) из-за затрудненного изготовления кламмеров других конструкций

б) из-за отсутствия материала для изготовления

кламмеров других конструкций

в) из-за более простого его изготовления,

чем кламмеров других конструкций

г) из-за надежной фиксации ортодонтических аппаратов

д) из-за его универсальности и эффективности

030. Размер плеча кламмера Адамса соответствует

а) размеру вестибулярной поверхности опорного зуба

б) размеру опорного зуба между его контактными точками

с соседними зубами

в) высоте коронки опорного зуба

г) размеру, соответствующему расстоянию между точками,

маркированными на экваторе зуба в месте перехода

вестибулярной поверхности в проксимальную

д) всем перечисленным размерам

031. Различные разновидности конструкции кламмеров Адамса созданы

а) с целью улучшения их фиксации

б) для фиксации кламмера не только на опорном, но и на соседних зубах

в) для использования кламмера как активно действующего элемента

для перемещения соседних зубов и их групп

г) с целью использования кламмера

для фиксации межчелюстной и внеротовой тяги

д) для многофункционального использования

032. Основным принципом изгибания проволоки для изготовления кламмеров

является

а) изгибание проволоки пальцами

б) изгибание проволоки крампонными щипцами

в) расположение прямой поверхности крампонных щипцов к месту изгиба

г) расположение округлой поверхности крампонных щипцов

к месту изгиба

д) изгибание кламмеров на всех этапах проводится

после отметки места изгиба карандашом

033. Для изгибания фиксирующих отростков кламмера Адамса

необходимо определить их высоту по расстоянию

а) от межбугровой фиссуры до десневого края

по середине вестибулярной поверхности зуба

б) от режущего мезиального бугра бокового зуба до десневого края

в) от режущего дистального бугра бокового зуба до десневого края

г) от экватора зуба до десневого края

по середине его вестибулярной поверхности

д) от точек, маркированных на экваторе,

в месте перехода вестибулярной поверхности в апроксимальную,

до контактного пункта

034. После изгибания плеча и фиксирующих отростков

для дальнейшего изготовления остальных деталей кламмера

необходимо прикладывать его к зубу так, чтобы плечо

а) прилегало к вестибулярной поверхности зуба

б) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 4-5 мм

в) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм,

когда вершины фиксирующих отростков находятся

на шейке зуба около его десневого края и располагаются под углом 45°

к вестибулярной поверхности зуба

г) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм,

когда вершины фиксирующих отростков находятся

между экватором и шейкой зуба

д) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм,

когда вершины фиксирующих отростков находятся на экваторе зуба

035. После правильного прикладывания детали к коронке зуба

точки для изгибания рабочего угла следует отмечать карандашом

а) на уровне шейки

б) посередине между экватором и шейкой зуба

в) на уровне экватора

г) между экватором и окклюзионной поверхностью зуба

д) в месте контакта опорного зуба с соседними

036. При припасовывании тела кламмера Адамса к мезиальной и дистальной

контактным поверхностям опорного зуба

а) можно изгибать тело кламмера в вертикальной плоскости

б) можно изгибать тело кламмера в трансверсальной плоскости

в) можно изгибать тело кламмера

по контактной поверхности опорного зуба

г) можно изгибать тело кламмера

по контактной поверхности среднего зуба с опорным

д) тела кламмера должны быть параллельны друг другу

037. Для возможности использования внеротовой тяги в сочетании

со съемным ортодонтическим аппаратом и без опасности потерять

сталистые свойства проволоки на кламмере Адамса изготавливают

а) крючки на фиксирующем отростке

б) завиток на плече кламмера

в) крючок на отростке, фиксирующем кламмер в базисе аппарата

г) навитые трубки (по Э.А.Вольскому)

на величину горизонтальной части плеча кламмера

д) припаянные трубки от дуги Энгля

к горизонтальной части плеч кламмеров

038. Кламмеры Адамса не препятствуют зубоальвеолярному удлинению

опорных зубов вследствие

а) конструктивных особенностей их изготовления

б) точечного прилегания плеча к коронке опорного зуба

в) невозможности достаточно плотного прилегания кламмера

к коронке опорного зуба

г) наличия расстояния между плечом и вестибулярной поверхностью зуба

д) перемещения аппарата в вертикальном направлении

вместе с зубами и альвеолярным отростком

039. В процессе лечения пациентов съемными аппаратами

с фиксирующими кламмерами Адамса

физиологическое мезиальное перемещение

а) происходит

б) не происходит

в) не может происходить,

так как боковые зубы фиксированы кламмерами Адамса

г) происходит,

так как кламмеры могут быть изготовлены недостаточно точно

д) происходит, так как аппараты постоянно перемещаются

вместе с зубными рядами

040. Лингвальные или небные дуги изготавливаются из проволоки диаметром

а) 0.6 мм

б) 0.8 мм

в) 1.0 мм

г) 1.2 мм

д) 1.5 мм

041. Граница лингвальной дуги в области боковых зубов проходит

а) на жевательной поверхности

б) у жевательной поверхности

в) в области экватора

г) в пришеечной части

д) в подъязычной области или вдоль ската неба

042. Граница лингвальной дуги в области передних зубов проходит

а) у режущего края

б) на небных буграх

в) в пришеечной части

г) в области экватора

д) место прохождения границы не имеет значения

043. Назубные дуги изготавливают из проволоки диаметром

а) до 0.6 мм

б) до 0.8 мм

в) до 1.0 мм

г) до 1.2 мм

д) любого размера

044. Граница назубной дуги проходит

а) ближе к режущему краю зуба

б) в области экватора коронки зуба

в) в пришеечной части

г) по вершинам межзубных сосочков

д) место прохождения границы не имеет значения

045. Кламмер состоит

а) из плеча, рабочего угла, отростка для фиксации в базисе аппарата

б) из плеча, тела, рабочего угла, отростка для фиксации в базисе аппарата

в) из плеча, отростка для фиксации в базисе аппарата

г) из плеча, тела

д) из тела, отростка для фиксации в базисе аппарата

046. Для наилучшей фиксации аппарата элементы кламмера на зубе

следует располагать

а) ближе с окклюзионной поверхности зуба

б) на середине между окклюзионной и десневой поверхностями зуба

в) в десневой части коронки зуба, сразу же за экватором

г) ближе к десневой части коронки зуба

д) место расположения не имеет значения

047. Для наилучшей фиксации аппарата кламмеры следует располагать

а) на одной стороне зубного ряда

б) на обеих сторонах зубного ряда

в) симметрично

г) асимметрично

д) по диагонали

048. Рамочный кламмер показано применять

а) в период временного прикуса

б) в период сменного прикуса

в) в период постоянного прикуса

г) в любой из перечисленных периодов

д) при множественной адентии

049. Заводским путем изготавливают кламмеры

а) стреловидные Шварца, Адамса, пуговчатый крупный

б) крючкообразный, стреловидный Шварца, рамочный Джексона

в) пуговчатый, крючкообразный, копьеобразный

г) никакие из перечисленных

д) все перечисленные

050. Группу кламмеров с линейным прилеганием плеча к коронке зуба

составляют кламмеры

а) крючкообразный, пуговчатый

б) стреловидный Шварца

в) круглый, перекидной Джексона, рамочный

г) Адамса

д) копьевидный, ленточный

051. Для фиксации съемных ортодонтических аппаратов

наиболее универсальны и эффективны кламмеры

а) с плоскостным прилеганием плеча к коронке зуба

б) с линейным прилеганием плеча к коронке зуба

в) с точечным прилеганием плеча к коронке зуба

г) с сочетанным прилеганием

д) с любым прилеганием

052. С целью фиксации съемного ортодонтического аппарата кламмеры Адамса

можно изгибать

а) на моляры

б) на резцы

в) на клыки

г) на любые зубы

д) на премоляры

053. Фиксирующие выступы кламмера Адамса должны располагаться

а) в области экватора зуба

б) между экватором и пришеечной частью зуба

в) в пришеечной части зуба

г) у шейки зуба на месте перехода вестибулярной поверхности

в проксимальную

д) место расположения не имеет значения

054. При необходимости использования кламмера Адамса

для перемещения отдельных зубов следует применять

а) кламмер с одним фиксирующим отростком,

с крючком для резиновой тяги, с навитым плечом по Вольскому

б) кламмер с завитком в области плеча,

с двумя фиксирующими отростками, многозвеньевой кламмер Адамса

в) кламмеры с крючками для резиновой тяги, с завитком в области плеча,

с петлями, изогнутыми на отростках,

фиксирующих кламмер в базисе аппарата

по типу петель вестибулярной дуги

г) кламмер с двумя фиксирующими отростками

д) все виды кламмеров Адамса

055. Для протрагирующих пружин, перемещающих зуб без поворота по оси,

оптимальным является

а) 1 изгиб

б) 2 изгиба

в) 3 изгиба

г) 4 изгиба

д) количество изгибов не имеет значения

056. Рукообразная пружина располагается

а) в плоскости перемещаемого зуба

б) впереди плоскости перемещаемого зуба

в) позади плоскости перемещаемого зуба

г) место расположения не имеет значения

д) перпендикулярно перемещаемому зубу

057. Пружина Коффина изгибается из проволоки диаметром

а) 0.6 мм

б) 0.8 мм

в) 1.0 мм

г) 1.2 мм

д) 1.5 мм

058. Протрагирующие и рукообразные пружины изгибаются

из проволоки диаметром

а) 0.6 мм

б) 0.8 мм

в) 1.0 мм

г) 1.2 мм

д) 1.5 мм

059. Нижняя граница вертикальных упоров для языка проходит

а) на уровне режущих краев резцов верхней челюсти

б) на уровне режущих краев резцов нижней челюсти

в) отступая на 1/3 от режущего края резцов нижней челюсти

г) на уровне середины коронки резцов нижней челюсти

д) ниже уровня десневого края резцов нижней челюсти

060. Нижняя граница горизонтальных упоров для языка проходит

а) на уровне режущих краев резцов нижней челюсти

б) отступая на 1/3 от режущего края резцов нижней челюсти

в) на уровне середины коронки резцов нижней челюсти

г) на уровне десневого края резцов нижней челюсти

д) ниже уровня десневого края резцов нижней челюсти

061. При дистальном перемещении боковых зубов винт располагается

а) перпендикулярно к перемещенным зубам

б) в куполе неба

в) параллельно перемещаемым зубам на скате альвеолярного отростка

г) с противоположный стороны

д) место расположения не имеет значения

062. Назубная часть вестибулярной дуги доходит

а) до дистальной поверхности клыков

б) до дистальной поверхности первых премоляров

в) до латеральной поверхности боковых резцов

г) до латеральной поверхности центральных резцов

д) граница не имеет значения

063. Изгибы вестибулярной дуги должны иметь

а) П-образную форму

б) U-образную форму

в) У-образную форму

г) полукруглую форму

д) любую форму

064. Высота полукруглых изгибов должна быть

а) 0.5 мм

б) 1 мм

в) 3 мм

г) 5 мм

д) 7 мм

065. Ширина полукруглых изгибов равняется

а) 3 мм

б) 5 мм

в) 7 мм

г) мезиодистальному размеру клыка

д) величине, большей мезиодистального размера клыка

066. Отросток для межчелюстной тяги равен

а) 2 мм

б) 4 мм

в) 6 мм

г) 8 мм

д) 10 мм

067. Крючковидный отросток фасонной вестибулярной дуги

для дистального перемещения клыка должен охватывать

а) вестибулярную поверхность зуба

б) мезиальную поверхность зуба

в) небную поверхность зуба

г) вестибулярную, мезиальную и частично небную поверхность зуба

д) не имеет значения

068. Отросток для межчелюстной тяги изгибается

а) на назубной части

б) на мезиальном колене изгиба

в) на дистальном колене изгиба

г) на вершине изгиба

д) место изгиба не имеет значения

069. Показанием к применению М-образного изгиба вестибулярной дуги

является

а) дистальное перемещение зубов

б) мезиальное перемещение зубов

в) ретрузия зубов

г) вертикальное вытяжение зубов

д) фиксация аппарата

070. Одиночный винт для вестибулярного отклонения резца располагается

а) перпендикулярно к перемещаемому зубу

б) на скате альвеолярного отростка

в) в куполе неба

г) в области моляров

д) параллельно перемещаемым зубам

071. Угол наклонной плоскости у аппарата Брюкля составляет

а) 15°

б) 30°

в) 45°

г) 60°

д) величина угла не имеет значения

072. Показания к применению аппарата Брюкля имеются

а) при открытом прикусе

б) при прямом прикусе

в) при перекрытии верхними резцами на 1/3 нижних

г) при глубоком резцовом перекрытии

д) не имеет значения

073. Для вестибулярного перемещения верхних резцов

при дистальном блокирующем прикусе винт располагается

а) в куполе неба

б) на скате альвеолярного отростка неба

в) в переднем участке пластинки

г) место расположения не имеет значения

д) винт не применяется

074. Для дистального перемещения боковых зубов винт располагается

а) в куполе неба

б) перпендикулярно перемещаемым зубам на альвеолярном отростке

в) параллельно перемещаемым зубам на альвеолярном отростке

г) место расположения не имеет значения

д) винт не применяется

075. Аппараты, предназначенные для раскрытия срединного небного шва,

относятся

а) к механически действующим аппаратам

б) к функционально-действующим аппаратам

в) к функционально-направляющим аппаратам

г) к аппаратам сочетанного действия

д) к ретенционным аппаратам

076. Для вестибулярного перемещения верхних резцов при мезиальном прикусе

винт располагается

а) в куполе неба

б) на скате альвеолярного отростка неба

в) в переднем участке пластинки

г) место расположения не имеет значения

д) винт не применяется

077. Аппарат Дерихсвайлера имеет

а) 2 опорных коронки

б) 4 опорных коронки

в) 6 опорных коронок

г) 8 опорных коронок

д) количество опорных коронок не имеет значения

Раздел 6

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И ПРОФИЛАКТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ

001. Методом устранения вредной привычки сосания пальца днем является

а) фиксация руки в локтевом лучезапястном суставе

б) применение вестибулярной пластинки

в) применение метода внушения, гипноза

г) одевание перчатки

д) применение вестибуло-оральной пластинки

002. Методом устранения вредной привычки сосания языка является

а) пластика аномалийной уздечки языка

б) применение вестибулярной пластинки

в) применение вестибуло-оральной пластинки

г) применение пластинки с наклонной плоскостью

д) санация носоглотки

003. Функцию смыкания губ можно нормализовать

а) миотерапией для круговой мышцы рта после санации полости рта

б) пластикой низко прикрепленной уздечки верхней губы

в) устранением аномалии прикуса

г) пластикой укороченной уздечки нижней губы

д) тренировкой правильного глотания

004. Методом нормализации функции жевания является

а) исправление аномалий прикуса

б) своевременная санация и протезирование полости рта

в) пластика укороченной уздечки языка

г) пластика укороченной уздечки нижней губы

д) миотерапия для тренировки жевательных мышц

005. Тактикой врача при ранней потере моляров на одной из челюстей

при временном нейтральном прикусе является

а) изготовление съемного протеза

б) рентгенообследование, массаж

в) удаление зубов на противоположной челюсти

г) наблюдение

д) закрытие дефекта за счет соседних зубов

006. Тактикой врача при ранней потере постоянных моляров

(в возрасте 11 лет) является

а) протезирование - изготовление съемного протеза

б) изготовление несъемного протеза

в) закрытие дефекта за счет 7 и 8 зубов

г) удаление зубов на противоположной челюсти

д) наблюдение

007. Ранним признаком формирующегося глубокого прикуса является

а) углубление резцового перекрытия

б) увеличение степени фронтального перекрытия

в) зубоальвеолярное удлинение фронтального участка нижней челюсти

г) зубоальвеолярное укорочение боковых участков челюстей

д) уменьшение высоты нижней части лица

008. При лечении детей, имеющих ранние признаки мезиального прикуса,

следует

а) стимулировать рост верхней челюсти

б) задержать рост нижней челюсти

в) устранить причину, способствующую усугублению патологии

г) обеспечить условия для физиологического развития челюстей

д) пришлифовать бугры отдельных зубов

009. При лечении детей, имеющих ранние признаки дистального прикуса,

обусловленного задним положением нижней челюсти, следует

а) стимулировать рост нижней челюсти

б) назначить миотерапию для перемещения нижней челюсти вперед

в) назначить аппаратурное лечение,

направленное на перемещение нижней челюсти вперед

г) задержать рост верхней челюсти

д) устранить причины развития дистального прикуса

010. При лечении детей, имеющих ранние признаки глубокого прикуса

в период формирования временного прикуса, следует

а) назначить аппаратурное лечение с учетом дезартикуляции прикуса

б) провести коррекцию артикуляции челюстей

в вертикальном направлении

в) способствовать росту челюстных костей в боковых участках

г) устранить глубокое перекрытие во фронтальном участке челюстей

д) устранить вредные привычки, нормализовать функции

011. При лечении детей, имеющих ранние признаки открытого прикуса

в периоде формирования временного прикуса, следует

а) провести коррекцию артикуляции челюстей

в вертикальном направлении

б) способствовать росту челюстных костей во фронтальном участке

в) назначить аппаратурное лечение с целью дезартикуляции прикуса

г) задержать рост челюстных костей в боковых участках

д) устранить вредные привычки, нормализовать функции

012. Тактикой врача при ранней потере передних зубов

у детей в возрасте 8-9 лет при нейтральном прикусе является

а) изготовление съемного протеза

б) изготовление несъемного протеза

в) удаление отдельных зубов на противоположной челюсти

г) наблюдение

д) закрытие дефекта за счет перемещения соседних зубов

013. Тактикой врача при ретенции клыка и его закладки вне направления

прорезывания в возрасте 16 лет является

а) протезирование

б) массаж альвеолярного отростка

в) создание для него места в зубном ряду

г) обнажение коронки клыка или ее части хирургом

д) наблюдение

014. Для нормализации функции дыхания применяется

а) миотерапия для круговой мышцы губ после санации носоглотки

б) пластика укороченной уздечки языка

в) исправление аномалии прикуса

г) применение активатора Андрезена - Гойпля

д) исправление осанки

015. Показанием к применению в лечебных целях

стандартных вестибулярных пластинок является

а) нормализация функции глотания

б) устранение вредных привычек сосания пальцев, губ

в) устранение вредной привычки сосания языка

г) исправление глубокого прикуса

д) устранение протрузии верхних резцов

и расширение верхнего зубного ряда

016. Прямым показанием к пластике уздечки языка в грудном возрасте служит

а) затрудненное сосание

б) наличие короткой уздечки языка

в) короткая уздечка в сочетании с ретрогенией

г) неправильное соотношение челюстей

д) макроглоссия

017. Показанием к пластике уздечки языка является

а) нарушение глотания

б) нарушение звукопроизношения

в) укороченная уздечка языка, ограничивающая его подвижность

г) вредная привычка прокладывать язык между зубами

д) ротовое дыхание

018. Показанием к пластике укороченной уздечки верхней губы является

а) несмыкание губ

б) укороченная уздечка верхней губы

в) диастема более 8 мм

г) нарушение звукопроизношения

д) низкое прикрепление уздечки верхней губы

с вплетением волокон в срединный небный шов

Раздел 7

АНОМАЛИИ И ДЕФОРМАЦИИ ЗУБОВ И ЗУБНЫХ РЯДОВ

001. Основной задачей ортодонтического лечения является

а) устранение морфологических нарушений

б) устранение функциональных нарушений

в) устранение эстетических нарушений

г) создание морфологического, функционального

и эстетического оптимума в зубочелюстной системе

д) уменьшение степени тяжести патологии

002. Немедленному удалению подлежит сверхкомплектный

а) ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания,

имеющий несформированный корень

б) ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания,

но с наклоном его оси по отношению к корням соседних зубов до 30°

с незавершенным формированием верхушки корня

в) зуб, находящийся в начальной стадии прорезывания

г) прорезавшийся зуб

д) любой зуб

003. Саморегуляцию диастемы до 5 мм между резцами верхней челюсти

после удаления сверхкомплектного зуба между ними

можно ожидать в возрасте

а) до 6 лет

б) до 7 лет

в) до 8 лет

г) до 9 лет

д) до 11 лет

004. Диастему между 11 и параллельное расположение их продольных осей

наиболее часто обуславливает

а) вредная привычка сосания пальца

б) вредная привычка сосания нижней губы

в) адентия 22

г) ретенция сверхкомплектного зуба,

локализующегося в области верхушек корней резцов

д) одонтома в области верхушек корней резцов

005. Диастему, латеральное отклонение осей центральных резцов

наиболее часто обуславливает

а) сосание большого пальца руки

б) сосание и прикусывание нижней губы

в) ранняя потеря постоянного бокового резца

г) сосание языка

д) укороченная уздечка языка

006. Диастему, мезиальный наклон осей центральных резцов,

латеральный наклон верхушек корней наиболее часто обуславливает

а) адентия 22

б) ранняя потеря 22

в) небное положение 22

г) наличие одонтомы в области корней 11

или сверхкомплектного поперечно расположенного зуба

д) все перечисленное

007. Причиной, вызывающей поворот зубов по оси, является

а) сужение зубного ряда

б) индивидуальная макродонтия

в) абсолютная макродонтия

г) ранняя потеря отдельных временных зубов

и мезиальное смещение позади расположенных зубов

д) любая из перечисленных причин

008. Для мезиального наклона осей 11 и устранения диастемы применяют

а) пластинку с рукообразными пружинами или пружинами с завитком

б) пластинку с пружинами двойной тяги

в) пластинку с двумя вестибулярными дугами

г) пластинку со скользящими элементами,

навитыми на вестибулярную дугу и резиновой тягой

д) любой из перечисленных съемных ортодонтических аппаратов

009. Для корпусного мезиодистального перемещения отдельных зубов

противопоказано

а) Эджуайз-техника

б) кольца с вертикальными штангами

в) пластинка с рукообразными пружинами или пружинами с завитком

г) аппарат Энгля в сочетании с кольцами

на перемещаемые зубы с трубками или штангами

д) кольца с канюлями, дугой и резиновой тягой

010. Облегчает поворот зуба по оси

и обеспечивает достижение устойчивости достигнутых результатов

а) компактостеотомия

б) электростимуляция

в) массаж

г) вакуумная терапия

д) вибро-вакуумная терапия

011. Основными причинами ретенции центральных резцов верхней челюсти

являются

а) сверхкомплектный зуб на пути прорезывания

б) резкое нарушение формы коронки и корня

в) раннее завершение формирования верхушки корня

г) травматическое повреждение

д) все перечисленные причины

012. Основной причиной открытого прикуса,

развившегося за счет зубоальвеолярного укорочения

в области передних зубов верхней и нижней челюстей, является

а) сосание (двух-трех) пальцев руки с опорой на нижнюю челюсть

б) сосание языка

в) неправильная артикуляция языка при произношении звука "К"

г) неправильная артикуляция языка при произношении звука "Р"

д) неправильная артикуляция языка при произношении звуков "Ш", "С"

013. Причинами открытого прикуса,

развившегося за счет зубоальвеолярного укорочения

в области передних зубов только нижней челюсти, являются

а) резкое укорочение уздечки языка

б) сосание большого пальца руки

в) сосание нижней губы

г) прикусывание ручки, карандаша

д) все перечисленные причины

014. Причиной, вызывающей открытый прикус, является

а) вредная привычка сосания пальцев

б) резко выраженный рахит

в) заболевания в раннем детском возрасте, ослабляющие организм

г) укороченная уздечка языка или уздечка,

прикрепленная близко к кончику языка

д) любая из перечисленных причин

015. К физиологическому можно отнести

а) ортогнатический прикус

б) прямой прикус

в) опистогнатический прикус

г) физиологический дистальный или мезиальный прикус

д) все перечисленные виды прикуса

016. Физиологическим может быть

а) дистальный прикус

б) мезиальный прикус

в) глубокое резцовое перекрытие

г) прямой прикус

д) любой из перечисленных видов прикуса

017. Расширения не только зубного ряда,

но и его апикального базиса достигают с помощью

а) аппарата Энгля

б) расширяющей пластинки с винтом

в) расширяющей пластинки с пружиной Коффина, Коллера

г) регулятора функций Френкеля

д) любого из перечисленных аппаратов

018. Регулятор функций Френкеля для раннего лечения наиболее показан

в возрасте

а) от 3 до 4 лет

б) от 4 до 5.5 лет

в) от 5.5 до 7 лет

г) от 9 до 10 лет

д) в любом из перечисленных возрастов

019. Регулятор функций Френкеля для позднего лечения для девочек

наиболее показан в возрасте

а) от 9 до 9.5 лет

б) от 9.5 до 10 лет

в) от 11 до 13 лет

г) от 13 до 15 лет

д) 15 лет и старше

020. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля I типа,

способствующими оптимизации роста нижней челюсти, являются

а) небный бюгель

б) проволочные элементы на клыки верхней челюсти

в) вестибулярная дуга в области верхних передних зубов

г) щечные пелоты

д) нижнегубные пелоты

021. Конструктивной деталью регулятора функций Френкеля I типа,

способствующей торможению роста верхней челюсти, является

а) небный бюгель

б) проволочные элементы на клыки верхней челюсти

в) вестибулярная дуга на передние зубы верхней челюсти

г) концы небного бюгеля в виде стопоров

д) все перечисленное

022. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля I типа,

способствующими оптимизации роста нижней челюсти, являются

а) нижнегубные пелоты

б) боковые щиты

в) лингвальная дуга

г) лингвальный пелот с пружинами

в области переднего участка нижней челюсти

д) все перечисленные детали

023. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля II типа,

отличающими его от регулятора функций Френкеля I типа, являются

а) небный бюгель и его концы и виде стопора

б) небная дуга и проволочные элементы на клыки верхней челюсти

в) боковые щиты в области зубов

и альвеолярного отростка верхней челюсти и нижней челюсти

г) нижнегубные пелоты и проволочные элементы,

соединяющие их между собой и с боковыми щитами

д) все перечисленные детали

024. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля III типа,

способствующими оптимизации роста верхней челюсти, являются

а) небный бюгель,

расположенный позади последних моляров верхней челюсти

б) верхнегубные пелоты

в) гладкая поверхность окклюзионных накладок

на боковые зубы верхней челюсти

г) боковые щиты,

не прилегающие к зубам и альвеолярному отростку верхней челюсти

д) все перечисленные детали

025. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля III типа,

способствующими торможению роста нижней челюсти, являются

а) вестибулярная дуга в переднем участке нижнего зубного ряда

б) боковые щиты, прилегающие к вестибулярной поверхности зубов

и альвеолярного отростка нижней челюсти

в) окклюзионные накладки на боковые зубы нижней челюсти

г) металлические скобы на последние моляры нижней челюсти

д) все перечисленные детали

026. При техническом выполнении регулятора функций Френкеля III типа

устранение мезиального прикуса затрудняет

а) наличие окклюзионных накладок

на жевательную поверхность боковых зубов верхней челюсти

б) расположение верхнегубных пелотов

на расстоянии 0.5 мм от поверхности альвеолярного отростка

в) расположение верхнегубных пелотов

на расстоянии 1 мм от поверхности альвеолярного отростка

г) соприкосновение концов небной протрузионной дуги

с зубами верхней челюсти

д) все перечисленное

027. Верхнегубные пелоты регулятора функций Френкеля III типа

должны отстоять от альвеолярного отростка

а) на 0.5 мм

б) на 1 мм

в) на 1.5 мм

г) на 2 мм

д) на 3-3.5 мм

028. Нижнегубные пелоты регулятора функций Френкеля I типа

должны отстоять от альвеолярного отростка

а) на 0.5 мм

б) на 1 мм

в) на 1.5 мм

г) на 2 мм

д) на 2.5 мм

029. Нижнегубные пелоты регулятора функций Френкеля II типа

должны отстоять от альвеолярного отростка

а) на 0.5 мм

б) на 1 мм

в) на 1.5 мм

г) на 2 мм

д) на 2.5 мм

030. Боковые щиты регулятора функций Френкеля I типа

должны отстоять от альвеолярного отростка

а) на 0.5 мм

б) на 1 мм

в) на 1.5 мм

г) на 2 мм

д) на 2.5 мм

031. Удаление IVIV вместе с зачатками IVIV на верхней челюсти

(при дистальном соотношении и в прикусе) показано

а) при тесном положении резцов верхней челюсти,

их значительной протрузии без трем, недостатке места для 2-х

в зубной дуге на половину ширины коронки и более

б) при адентии зачатков отдельных постоянных зубов на нижней челюсти

в) при значительном мезиальном смещении боковых зубов

верхней челюсти

г) при всех перечисленных нарушениях

д) удаление не показано

032. Удаление временных моляров вместе с зачатками первых премоляров

на обеих челюстях показано

при следующих нарушениях нейтрального прикуса

а) при сумме мезиодистальных размеров 4 резцов верхней челюсти,

равной более 33 мм

б) при индексе фасциальном морфологическом более 104

в) при недостатке места для боковых резцов в зубной дуге

более половины ширины их коронки

г) при глубоком прикусе и тесном положении передних зубов у ребенка

и сходных нарушениях прикуса у одного или обоих родителей

д) при всех нарушениях

033. Удаление временных первых моляров вместе с зачатками

первых премоляров на нижней челюсти (при мезиальном соотношении

первых постоянных моляров и клыков в прикусе) показано

а) при тесном положении передних зубов на нижней челюсти

и недостатке места для 2 из них на половину ширины коронки и более

б) при правильных осевых наклонах резцов нижней челюсти

по отношению к плоскости ее основания

или ретрузии в пределах до 7°

в) при адентии зачатков отдельных постоянных зубов на верхней челюсти

г) при значительном мезиальном смещении боковых зубов

нижней челюсти в сторону рано потерянных временных зубов

д) при всех перечисленных нарушениях

034. Метод Хотца показан к применению

а) при плохом гигиеническом состоянии полости рта

б) при отсутствии хороших зуботехнических условий

в) при макродентии

г) при наличии сверхкомплектных зубов

д) при наличии ретинированных зубов

035. Лечение по методу Хотца следует начинать в возрасте

а) 6-7 лет

б) 8-9 лет

в) 10-11 лет

г) 12-13 лет

д) в любом возрасте

036. Поворот по оси резцов исправляют с помощью

следующих одночелюстных съемных ортодонтических аппаратов

а) пластинки с секторальным распилом

б) пластинки с накусочной плоскостью

в) пластинки с протрагирующими пружинами

г) пластинки с рукообразными пружинами

д) пластинки с вестибулярной дугой и протрагирующей пружиной

037. Под физиологической асимметрией подразумевается

а) одностороннее сужение зубного ряда

б) одностороннее расширение зубного ряда

в) одновременное сужение зубного ряда с одной стороны

и расширение дуги с другой

г) неравномерное сужение зубного ряда

д) все перечисленное

038. При выборе показаний к применению расширяющих аппаратов

с винтом ведущим является

а) недостаток места для имеющихся зубов

б) мезиальное смещение боковых зубов

в) уменьшение ширины зубного ряда

г) уменьшение переднего отрезка зубной дуги

д) все перечисленное

039. Наиболее частой причиной сужения зубного ряда верхней челюсти

является

а) привычка сосать палец

б) привычка прикусывать верхнюю губу

в) неправильное глотание

г) ротовое дыхание

д) все перечисленное

040. Ведущим признаком сужения зубных рядов является

а) уменьшение ширины зубного ряда

б) уплощение фронтального участка

в) тесное положение зубов

г) увеличение фронтального участка

д) все перечисленное

Раздел 8

АНОМАЛИИ ПРИКУСА

001. При глубоком прикусе заболевания тканей пародонта

развиваются в результате

а) изменения расположения зубов

б) увеличения жевательной нагрузки при потере отдельных боковых зубов

в) функциональной перегрузки неправильно расположенных зубов

и окклюзионной травмы их пародонта,

а также увеличения жевательной нагрузки на оставшиеся зубы

при разрушении жевательной поверхности зубов

и ранней потере отдельных, особенно боковых, зубов

г) всего перечисленного

д) множественной потери зубов

002. При глубоком прикусе воспаление тканей краевого пародонта

чаще наблюдается в области

а) 7667 зубов

б) 2112 зубов

в) 2112 зубов

г) всех зубов верхней и нижней челюсти

д) воспаление не наблюдается

003. Формированию глубокого прикуса способствуют

а) нарушение функции дыхания

б) нарушение функции глотания

в) нарушение функции смыкания губ

г) парафункции жевательных и мимических мышц

д) все перечисленные функциональные нарушения

004. Семейные особенности развития в формировании глубокого прикуса

а) имеют значение

б) не имеют значения

в) имеют ограниченное значение

г) имеют значение при наличии аналогичной патологии у родителей

д) имеют значение при наличии у родителей

005. Диагностику зубоальвеолярных и гнатических форм глубокого прикуса

проводят на основании

а) клинического обследования пациентов

б) клинического обследования пациентов, их ближайших родственников

и данных рентгенологического обследования

в) изучения боковых ТРГ головы

г) изучения диагностических моделей челюстей

д) изучения фотографии лица

006. При нейтральном и дистальном соотношении зубных рядов

на развитие глубокого прикуса влияют

а) абсолютная макродентия

б) нормальные размеры верхних и нижних резцов

при нормальной ширине лица

в) нормальные размеры верхних и нижних резцов

у пациентов с узким лицом

г) микродентия верхних

и особенно нижних резцов с тремами между ними

д) все перечисленные нарушения размеров зубов

007. На формирование глубокого прикуса влияет

а) несоответствие размеров сегментов в пределах одного зубного ряда

б) несоответствие размеров передних сегментов

верхнего и нижнего зубных рядов

в) несоответствие размеров боковых сегментов зубных рядов

г) несоответствие передних и боковых сегментов зубных рядов

д) ничего из перечисленного

008. На формирование глубокого прикуса при нейтральном соотношении

зубных рядов

а) уменьшение количества зубов не влияет

б) влияет адентия или ретенция вторых премоляров

на верхней и нижней челюсти

в) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти

г) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти

д) влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти

009. На формирование глубокого прикуса при дистальном соотношении

зубных рядов

а) уменьшение количества зубов не влияет

б) влияет адентия или ретенция вторых премоляров

на верхней и нижней челюстях

в) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти

г) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти

д) влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти

010. На формирование глубокого прикуса при мезиальном соотношении

зубных рядов

а) уменьшение количества зубов не влияет

б) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней

и нижней челюстях

в) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти

г) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти

д) влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти

011. На формирование глубокого прикуса

а) смещение нижней челюсти влияет

б) смещение нижней челюсти не влияет

в) смещение нижней челюсти влияет частично

г) влияет смещение нижней челюсти вперед

д) влияет смещение нижней челюсти в сторону

012. Выраженность дентальных бугров верхних резцов

а) влияет на увеличение глубины резцового перекрытия

б) не влияет на увеличение глубины резцового перекрытия

в) влияет частично на увеличение глубины резцового перекрытия

г) является одной из основных причин формирования патологии

д) имеет очень существенное значение

013. Укороченная уздечка

а) способствует удлинению переднего участка верхней зубной дуги

б) приводит к сужению верхней зубной дуги

в) обуславливает низкое расположение языка

и распластывание его между зубными рядами

г) способствует лингвальному наклону 2112

и недоразвитию апикального базиса нижней челюсти

д) не влияет на формирование глубокого прикуса

014. На формирование глубокого прикуса влияют следующие нарушения

в расположении передних зубов в вестибулярно-оральном направлении

а) протрузия верхних резцов

б) протрузия нижних резцов

в) ретрузия верхних резцов

г) ретрузия верхних и нижних резцов

д) протрузия и ретрузия верхних резцов и ретрузия нижних

015. При мезиальном перемещении боковых зубов на место

разрушенных и удаленных углублению резцового перекрытия способствует

а) укорочение обоих зубных рядов

б) укорочение одного зубного ряда

в) стойкая ретенция отдельных постоянных зубов на обеих челюстях

г) стойкая ретенция отдельных постоянных зубов на одной из челюстей

д) ранняя потеря зубов

016. При глубоком прикусе трансверсальные размеры зубных дуг

изменяются следующим образом

а) равномерное сужение зубных дуг между 44 и 66

б) большее сужение верхней зубной дуги в области 44 и 66

в) большее сужение нижней зубной дуги в области 44 и 66

г) большее сужение нижней зубной дуги в области 44 и 33

д) сужение в области 33

017. На формирование глубокого прикуса соотношение ширины зубных дуг

между клыками на верхней и нижней челюстях влияет следующим образом

а) не влияет

б) уменьшение ширины между клыками на обеих челюстях

в) увеличение ширины верхней зубной дуги между клыками

при ее нормальной ширине между нижними клыками

г) нормальная ширина верхней зубной дуги между клыками

и уменьшение этого размера на нижней челюсти

д) увеличение ширины между клыками на обеих челюстях

018. Сагиттальные размеры зубных дуг в зависимости

от вестибуло-орального расположения 11

больше всего изменяются при следующих нарушениях

а) не изменяются

б) укорочение зубных рядов

при нормальном расположении 11

в) укорочение зубных рядов при ретрузии 11

г) нормальные сагиттальные размеры зубных рядов при протрузии 11

д) удлинение зубных рядов при протрузии 11

019. Для определения особенностей строения лицевого скелета

при глубоком прикусе следует изучать параметры, характеризующие

а) расположение зубов

б) расположение челюстей

в) расположение апикальных базисов

г) вертикальные размеры лицевого скелета

д) все перечисленное

020. Для глубокого прикуса типичен тип роста лицевого скелета

а) нейтральный

б) горизонтальный

в) вертикальный

г) любой из перечисленных

д) чрезмерный горизонтальный

021. Нарушение строения лицевого скелета у пациентов с глубоким прикусом

и нейтральным типом роста наблюдается

а) в области зубных рядов

б) в области апикальных базисов

в) в гнатической области

г) в краниальной области

д) в целом

022. Прогноз лечения больных с глубоким прикусом

и вертикальным типом роста лицевого скелета

а) благоприятный

б) неблагоприятный

в) благоприятный для уменьшения глубины резцового перекрытия

г) благоприятный для вертикального роста

альвеолярных отростков челюстей

д) не имеет значения

023. Прогноз лечения больных с глубоким прикусом

и горизонтальным типом роста лицевого скелета

а) благоприятный

б) неблагоприятный

в) не совсем благоприятный, так как вращение нижней челюсти вперед

и вверх способствует углублению резцового перекрытия

г) благоприятный, если лечение проводится в периоды

физиологического повышения прикуса

д) не имеет значения

024. При выборе плана лечения больных с глубоким прикусом учитывают

а) возраст

б) период формирования прикуса

в) вид смыкания боковых зубов (нейтральное, дистальное, мезиальное)

г) типичные нарушения размеров зубных дуг,

степень их выраженности и особенности строения лицевого скелета

д) все перечисленные факторы

025. Общие принципы лечения глубокого нейтрального и дистального прикуса

заключаются

а) в исправлении формы зубных дуг

б) в нормализации соотношения размеров верхней и нижней зубных дуг

в трансверсальном и сагиттальном направлениях

в) в зубоальвеолярном удлинении в области боковых зубов

и зубоальвеолярном укорочении в области нижних передних зубов

г) в оптимизации роста нижней челюсти и торможении роста верхней

д) в исправлении положения зубов и формы зубных дуг,

зубоальвеолярном удлинении в области боковых зубов,

оптимизации роста нижней челюсти

026. Быстро и эффективно вылечить глубокий прикус можно

а) в периоде временного прикуса от 2.5 до 5 лет

б) в начальном периоде смешанного прикуса от 6 до 9 лет

в) в периоде постоянного прикуса

г) во всех периодах физиологического прикуса

д) в конечном периоде сменного прикуса от 9 до 11 лет

027. Профилактическими мероприятиями, которые следует проводить

у пациентов с глубоким прикусом, являются

а) восстановление коронок разрушенных зубов

и замещение дефектов зубных рядов протезами

б) санация носоглотки

в) устранение функциональных нарушений

г) мероприятия, направленные на улучшение состояния тканей пародонта

и гигиенического состояния полости рта

д) все перечисленные мероприятия

028. Для достижения устойчивых результатов лечения в первую очередь

необходимо

а) устранить функциональные и морфологические нарушения

и выдержать ретенционный период

до завершения активного роста челюстей

б) лечение ортодонтическими аппаратами

в) удаление по показаниям отдельных временных или постоянных зубов

г) диспансерное наблюдение с целью выбора

наиболее оптимальных сроков лечения

д) создание множественных контактов между зубными рядами

029. Применение ортодонтических аппаратов после удаления отдельных зубов

проводится

а) в период временного прикуса

б) в начальном периоде смешанного прикуса

в) в конечном периоде смешанного прикуса

г) в начальном периоде постоянного прикуса

д) в различных периодах формирования прикуса

030. Показания к удалению отдельных зубов определяют на основании

а) клинического обследования

б) изучения диагностических моделей челюстей

в) определения степени выраженности морфологических и

функциональных нарушений

г) рентгенологических методов исследования -

ОПТГ челюстей и боковых ТРГ головы

д) всех перечисленных методов исследования

031. Удаление отдельных зубов необходимо

а) при I степени трудности лечения

б) при II степени трудности лечения

в) при III степени трудности лечения

г) при IV степени трудности лечения

д) вне зависимости от степени трудности лечения

с учетом индивидуальных особенностей морфологического строения

зубочелюстной системы

032. В процессе лечения пациентов с глубоким прикусом можно удалить

а) 1 зуб

б) 2 зуба

в) 3 зуба

г) 4 зуба

д) от 1 до 4 зубов с учетом морфологических нарушений

и их выраженности

033. Показания к удалению отдельных зубов расширяют

а) при III и IV степенях трудности лечения

б) при макродентии

в) при адентии и стойкой ретенции отдельных зубов

г) в старшем возрасте при резком недоразвитии нижней челюсти

и чрезмерном развитии верхней

д) при всех перечисленных нарушениях

034. В процессе лечения нейтрального глубокого прикуса отдельные зубы

удаляют

а) на верхней челюсти

б) на нижней челюсти

в) на верхней и нижней челюстях

г) большее количество зубов на верхней челюсти и меньшее - на нижней

д) зубы не удаляют

035. В процессе лечения дистального глубокого прикуса отдельные зубы

удаляют

а) на верхней челюсти

б) на нижней челюсти

в) на верхней и нижней челюстях

г) преимущественно только на верхней челюсти

д) зубы не удаляют

036. При решении вопроса о необходимости удаления отдельных зубов

при планировании метода лечения у пациентов с глубоким прикусом

и незначительными морфологическими и функциональными нарушениями

(I и II степени их выраженности) следует учитывать

а) сужение зубных рядов

б) удлинение или укорочение зубных рядов

в) наличие тесного расположения передних зубов

г) наличие или отсутствие зачатков третьих моляров

д) все перечисленные нарушения

037. При лечении глубокого прикуса удаляют

а) симметрично расположенные зубы

б) асимметрично расположенные зубы

в) одноименные зубы

г) разноименные зубы

д) различные зубы с учетом конкретных особенностей

морфологического строения зубных рядов и их соотношения

038. Метод Хотца является наилучшим сочетанным методом лечения

а) в периоде временного прикуса

б) в начальном периоде смешанного прикуса

в) в конечном периоде смешанного прикуса

г) в периоде постоянного прикуса

д) во всех периодах формирования прикуса

039. Для лечения глубокого прикуса пациентов

в период временного и начальном периоде смешанного прикусов

наиболее эффективными аппаратами являются

а) несъемные

б) съемные одночелюстные

в) механически-действующие

г) функционально-действующие

д) съемные аппараты различных конструкций с накусочной площадкой

040. Для лечения глубокого прикуса у пациентов

в конечном периоде смешанного прикуса

наиболее эффективными ортодонтическими аппаратами являются

а) съемные одночелюстные

б) несъемные

в) съемные ортодонтические аппараты

(механически и функционально-действующие)

в сочетании с несъемными

г) съемные ортодонтические аппараты различных конструкций,

включающие накусочную площадку, в сочетании с несъемными

д) все перечисленные ортодонтические аппараты

041. У пациентов с горизонтальным типом роста лицевого скелета

особенностями лечения глубокого прикуса является

а) исправление расположения отдельных зубов и форм зубных рядов

б) расширение, укорочение или удлинение зубных дуг

в) мезиальное перемещение боковых зубов

г) зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов

и ограничение прорезывания нижних передних зубов

д) дистальное перемещение боковых зубов

042. У пациентов с вертикальным типом роста лицевого скелета

особенностями лечения глубокого прикуса является

а) зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов

и ограничение прорезывания нижних передних зубов

б) расширение, укорочение или удлинение зубных дуг

в) дистальное перемещение боковых зубов

г) зубоальвеолярное удлинение в области верхних боковых зубов

и зубоальвеолярное укорочение в области верхних передних зубов

д) мезиальное перемещение боковых зубов

с одновременной интрузией резцов

043. Большое количество рецидивов после окончания лечения

глубокого прикуса обусловлено

а) горизонтальным типом роста лицевого скелета

б) нарушением режуще-бугровых контактов

в переднем участке зубных дуг вследствие

изменения вестибуло-орального расположения резцов

в) укорочением зубных дуг в результате физиологического

мезиального перемещения боковых зубов

г) сужением зубных дуг, особенно нижней в области резцов,

клыков и премоляров

д) всеми перечисленными нарушениями

044. Рецидиву глубокого прикуса способствует

а) неправильный метод лечения

б) неустраненные функциональные нарушения

в) кариезное разрушение и удаление зубов

г) недостаточное развитие нижней челюсти в процессе лечения

д) все перечисленное

045. Глубокий прикус относится

а) к сагиттальным аномалиям

б) к трансверсальным аномалиям

в) к вертикальным аномалиям

г) к сочетанным нарушениям

д) к физиологическому типу прикуса

046. Глубина резцового перекрытия считается нормальной

а) на 1/3 нижнего резца

б) на 1/2 нижнего резца

в) на 2/3 нижнего резца

г) на величину коронки резца

д) при краевом смыкании

047. Воспаление слизистой оболочки десневого края и альвеолярного отростка

при глубоком прикусе чаще наблюдается в области

а) боковых зубов на верхней челюсти

б) боковых зубов на нижней челюсти

в) передних зубов на верхней челюсти

г) передних зубов на нижней челюсти

д) воспаление не наблюдается

048. Физиологическим прикусом является прикус, при котором

а) обеспечивается морфологический оптимум

б) обеспечивается эстетический оптимум

в) обеспечивается функциональный оптимум

г) обеспечивается, морфологический,

функциональный и эстетический оптимум

д) имеет место привычное смыкание зубных рядов

049. К физиологическому прикусу можно отнести

а) дистальный прикус

б) мезиальный прикус

в) глубокий прикус

г) прямой прикус

д) все перечисленные прикусы

050. Для исправления небного положения центральных резцов верхней челюсти

при их прорезывании показаны съемные одночелюстные

ортодонтические аппараты в виде пластинки

а) для верхней челюсти с кламмерами и рукообразными пружинами,

не закрытыми базисом аппарата

б) для верхней челюсти с кламмерами и восьмиобразными пружинами,

расположенными под базисом аппарата

в) для нижней челюсти с кламмерами, вестибулярной дугой

и наклонной плоскостью

г) с секторальным распилом, расположенным в куполе неба

д) с небной дугой

051. Для исправления небного положения верхних центральных резцов

при обратном резцовом перекрытии на 1/3 высоты коронки показаны

следующие ортодонтические аппараты

а) аппарат Брюкля для нижней челюсти

б) пластинка для верхней челюсти с окклюзионными накладками

на боковые зубы и протрагирующими небными пружинами

в) направляющие коронки Катца

г) пластинки для верхней челюсти с секторальным распилом

д) открытый активатор

052. Для исправления небного положения центральных резцов верхней челюсти,

если их режущие края находятся на одном уровне

с режущими краями резцов нижней челюсти, показаны

следующие съемные одночелюстные ортодонтические аппараты

а) пластинка для верхней челюсти с кламмерами, винтом,

расположенным в области свода неба, и секторальным распилом

б) пластинка для верхней челюсти с кламмерами, винтом,

расположенным на уровне небной поверхности перемещаемых зубов,

и секторальным распилом

в) ортодонтические кольца, укрепленные на перемещаемые зубы

с припаянными с их вестибулярной стороны скобами;

пластинка для верхней челюсти с кламмерами,

вестибулярными полудугами, заканчивающимися вертикально

изогнутыми концами, располагаемыми в скобах

г) аппарат Брюкля для нижней челюсти

д) коронки Катца

053. Для исправления небного положения резцов верхней челюсти

при глубоком резцовом перекрытии показано

а) пластинка для верхней челюсти с окклюзионными накладками

на боковые зубы, винтом и секторальным распилом

б) аппарат Брюкля для нижней челюсти

в) аппарат Энгля для верхней челюсти

г) направляющие коронки Катца

д) открытый активатор

054. Для исправления небного положения верхних резцов

при наличии сагиттальной щели между резцами показано

а) аппарат Брюкля

б) два аппарата Энгля с межчелюстной тягой

в) каппа на нижние передние зубы

г) направляющие коронки Катца

д) открытый активатор

055. Для исправления небного положения резцов верхней челюсти

при протрузии резцов нижней челюсти предпочтение можно отдать

а) направляющим коронкам Катца

б) двум аппаратам Энгля с межчелюстной тягой

в) аппарату Брюкля

г) пластинке для верхней челюсти с секторальным распилом

д) открытому активатору

056. Для устранения небного положения верхних передних зубов

при обратном резцовом перекрытии наиболее универсальным является

а) бионатор Бальтерса III типа

б) аппарат Башаровой

в) аппарат Брюкля

г) активатор Андрезена - Гойпля

д) пластинка для верхней челюсти с секторальным распилом

057. При устранении небного положения верхних передних зубов

и минимальном обратном резцовом перекрытии

предпочтение следует отдать следующим несъемным аппаратам

а) направляющим коронкам Катца

б) двум аппаратам Энгля с межчелюстной тягой

в) каппе Шварца

г) аппарату Гашимова

д) открытому активатору

058. Для оптимизации роста верхней челюсти при мезиальном прикусе

наиболее показан

а) бионатор Бальтерса III типа

б) активатор Вундерера

в) регулятор функций Френкеля (III типа)

г) активатор Андрезена - Гойпля

д) аппарат Брюкля

059. Для лечения мезиального прикуса и расширения верхней челюсти

наиболее показан (двучелюстной ортодонтический аппарат)

а) открытый активатор Кламмта с верхнегубными пелотами

б) активатор Андрезена с винтом

в) регулятор функций Френкеля III типа

г) активатор Андрезена - Гойпля

д) аппарат Брюкля

060. Удлинить верхний зубной ряд в переднем участке

и достигнуть устойчивых результатов возможно с помощью

а) пластинки для верхней челюсти с кламмерами,

винтом и секторальным распилом

б) пластинки для верхней челюсти с кламмерами, винтом,

секторальным распилом и верхнегубными пелотами

в) регулятора функции Френкеля III типа

г) аппарата Брюкля для нижней челюсти

д) открытого активатора

061. При лечении мезиального прикуса наибольшее задерживание роста

нижней челюсти обеспечивает

а) бионатор Бальтерса III типа

б) регулятор функций Френкеля III типа

в) активатор Вундерера

г) аппарат Брюкля для нижней челюсти

д) аппарат Брюкля

062. При применении подбородочной пращи с целью задерживания

роста нижней челюсти и уменьшения величины ее углов

наиболее показано

а) горизонтальное направление внеротовой резиновой тяги

б) косое (кзади и кверху) направление внеротовой резиновой тяги

в) горизонтальное и косое (кзади и кверху) направление

внеротовой резиновой тяги

г) вертикальное направление внеротовой резиновой тяги

д) вертикальное, косое кзади направление внеротовой резиновой тяги

063. В первые сутки пользования аппаратом Брюкля, подбородочной пращей,

шапочкой и внеротовой тягой пациент должен пользоваться аппаратом

а) и приспособлениями днем, снимать шапочку во время приема пищи

б) и приспособлениями днем и ночью,

шапочку во время приема пищи не снимать

в) и приспособлениями только ночью

г) днем и ночью, во время приема пищи снимать

д) только днем

064. Для лечения мезиального прикуса при наличии

глубокого обратного резцового перекрытия,

небного наклона резцов верхней челюсти и смещения нижней челюсти

применение аппарата Брюкля не показано в возрасте

а) 4 года - во временном прикусе

б) 6 лет - в раннем смешанном прикусе

в) 8 лет и старше - в позднем смешанном прикусе

г) 11 лет и старше - в постоянном прикусе

д) не имеет значения

065. Гравировку моделей челюстей при изготовлении пелотов

для регулятора функции Френкеля III типа проводят

а) в области переходной складки на верхней челюсти

б) в области переходной складки на нижней челюсти

в) в области переходной складки на верхней и нижней челюстях

г) не доходя до переходной складки

д) в любом месте

066. Переходную складку на модели при изготовлении ФР III

необходимо углубить

а) на 2-3 мм

б) на 4-5 мм

в) на 6-7 мм

г) на 7-10 мм

д) на 10-15 мм

067. Боковые щиты ФР III должны

а) плотно прилегать к альвеолярному отростку верхней челюсти

б) плотно прилегать к альвеолярному отростку нижней челюсти

в) плотно прилегать к альвеолярным отросткам

верхней и нижней челюстей

г) отстоять от альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей

д) ничего из перечисленного

068. После лечения мезиального прикуса аппаратом ФР III

необходим период ретенции

а) 1 год

б) 0.5 года

в) 2-3 мес

г) период ретенции не требуется

д) 1 мес

069. При лечении мезиального прикуса на аппарате Энгля для верхней челюсти

для межчелюстной тяги следует припаять крючки в области

а) 33

б) 44

в) 55

г) 66

д) резцов

070. При лечении мезиального прикуса на аппарате Энгля для нижней челюсти

для межчелюстной тяги следует припаять крючки в области

а) 33

б) 44

в) 55

г) 66

д) резцов

071. Ортодонтическую шапочку с подбородочной пращей

для лечения мезиального прикуса следует

а) применять в любом возрасте

б) применять в периодах активного роста

в) применять в периоде активного лечения

г) не применять

д) применять в смешанном периоде

072. В начале лечения мезиального прикуса аппаратом Энгля

межчелюстная резиновая тяга должна иметь

а) горизонтальное направление

б) вертикальное направление

в) косое направление

г) сочетанное направление

д) направление не имеет значения

073. В заключительном периоде лечения мезиального прикуса аппаратом Энгля

межчелюстная резиновая тяга должна иметь

а) горизонтальное направление

б) вертикальное направление

в) косое направление

г) тяга не применяется

д) направление не имеет значения

074. Глубокий прикус относится к аномалиям

а) трансверсальным

б) сагиттальным

в) вертикальным

г) сочетанным

д) не является аномалией прикуса

075. Предварительный диагноз глубокого прикуса устанавливается

а) по аномалии расположения зубов в вестибуло-оральном направлении

б) по аномалии расположения зубов в сагиттальном направлении

в) по аномалии смыкания зубов в вертикальном направлении

г) по краевому смыканию передних зубов

д) по отсутствию смыкания

076. Нормальной считается глубина резцового перекрытия

а) на 0-0.5 мм

б) на 1.0-2.0 мм

в) на 2.0-3.0 мм

г) на 4.0-5.0 мм

д) на 5.0 мм и более

077. Степеней глубины резцового перекрытия существует

а) 2

б) 4

в) 3

г) 5

д) более 5

078. Суть классификации глубокого прикуса Б.Н.Бынина заключается

а) в степени глубокого резцового перекрытия

б) в выборе терминологии для определения патологии

в) в динамике развития патологического процесса

г) в сочетании всех перечисленных проявлений

д) ни в одном из перечисленных проявлений

079. Глубокий прикус чаще встречается

а) при всех аномалиях прикуса

б) при дистальном соотношении зубных рядов

в) при мезиальном соотношении зубных рядов

г) при нейтральном прикусе

д) при перекрестном прикусе

080. Наиболее целесообразным термином для характеристики патологии

прикуса по вертикали является

а) глубокий прикус

б) глубокое резцовое перекрытие

в) супраокклюзия нижних передних зубов

г) инфраокклюзия верхних передних зубов

д) травмирующий прикус

081. У пациентов с глубоким прикусом

а) стоматологический статус остается без изменений

б) возрастает степень активности кариозного процесса

в) наблюдается сочетание активности кариеса

и ухудшение гигиенического состояния полости рта

г) возрастает степень активности кариозного процесса,

увеличивается число заболеваний краевого пародонта

и ухудшается гигиеническое состояние полости рта

д) ухудшается гигиеническое состояние полости рта

Раздел 9

ДЕФЕКТЫ ЗУБОВ, ЗУБНЫХ РЯДОВ И БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА

001. Основным возрастным периодом роста челюстей до 6 месяцев

является период

а) до 1 мес

б) от 1 до 2 мес

в) от 2 до 3 мес

г) от 3 до 4 мес

д) от 4 до 6 мес

002. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей

от 6 до 12 месяцев является период

а) от 6 до 7 мес

б) от 7 до 8 мес

в) от 8 до 9 мес

г) от 9 до 10 мес

д) от 10 до 12 мес

003. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального

и вертикального роста челюстей от 12 месяцев до 3 лет является период

а) от 1 года до 1.5 лет

б) от 1.5 до 2 лет

в) от 2 до 2.5 лет

г) от 2.5 до 3 лет

д) все перечисленные периоды

004. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей

от 3 до 6 лет является период

а) от 3 до 3.5 лет

б) от 3.5 до 4 лет

в) от 4 до 4.5 лет

г) от 4.5 до 5 лет

д) от 5 до 6 лет

005. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального

и вертикального роста челюстей от 6 до 10 лет является период

а) от 6 до 9 лет

б) от 6 до 7 лет

в) от 8 до 9 лет

г) от 9 до 10 лет

д) все перечисленные периоды

006. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального

и вертикального роста челюстей у девочек от 9 до 13 лет является период

а) от 9 до 9.5 лет

б) от 9.5 до 10 лет

в) от 10 до 10.5 лет

г) от 10.5 до 13 лет

д) все перечисленные периоды

007. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей

у мальчиков от 13 до 30 лет является период

а) от 13 до 14 лет

б) от 14 до 15 лет

в) от 15 до 18 лет

г) от 18 до 30 лет

д) все перечисленные периоды

008. Вертикальный размер коронок первых постоянных моляров

нижней челюсти в периоде от 6 до 30 лет изменяется

а) от 6 до 9 лет

б) от 9 до 13 лет

в) от 13 до 15 лет

г) от 15 до 30 лет

д) во все возрастные периоды

009. Мезиодистальный размер коронок первых постоянных моляров

нижней челюсти в периоде от 6 до 15 лет изменяется

а) от 6 до 9 лет

б) от 9 до 13 лет

в) от 6 до 15 лет

г) не изменяется от 6 до 15 лет

010. Под действием ортодонтических аппаратов зубы легче перемещаются

а) в дистальном направлении

б) в мезиальном направлении

в) в вертикальном направлении

г) в оральном направлении

д) во всех перечисленных направлениях

011. При пародонтозе нагрузка на жевательные зубы и пародонт у взрослых

неблагоприятна

а) в дистальном направлении

б) в мезиальном направлении

в) в вертикальном направлении

г) в вестибулярном направлении

д) во всех перечисленных направлениях

012. Для изготовления съемных протезов

детям с аллергическими заболеваниями следует избирать

следующую пластмассу отечественного производства

а) редонт

б) базисную пластмассу розовую для горячей полимеризации

в) базисную пластмассу без красителя

г) самотвердеющую пластмассу

д) любую из перечисленных

013. Дети в возрасте до 6 лет легче осваивают протез

при расположении задней границы съемного протеза для верхней челюсти

а) позади последних моляров - ровная линия границы

б) позади последних моляров -

округлая граница с небольшой выемкой кпереди

в) укороченный базис протеза

граница между предпоследним и последним моляром - без выемки

г) то же с небольшой выемкой

д) позади последних моляров - с большой выемкой до небных складок

014. Основной целью зубочелюстного протезирования детей является

а) нормализация жевания

б) нормализация глотания

в) нормализация речи

г) нормализация положения нижней челюсти

д) профилактика

015. Целью повышения прикуса на съемных протезах у детей является

а) нормализация резцового перекрытия

б) нормализация положения нижней челюсти

и функции височно-нижнечелюстных суставов

в) предупреждение зубоальвеолярного удлинения в области зубов,

противостоящих дефекту зубного ряда

г) предупреждение смещения зубов в сторону дефекта

и улучшения их осевого наклона

д) все перечисленное

016. В процессе применения аппарата Дерихсвайлера

изменения происходят в следующих областях лицевого отдела черепа

а) срединного небного шва

б) носовых костей

в) скуловых костей

г) сошника

д) во всех перечисленных

017. Объем полости рта возможно увеличить

а) выдвижением нижней челюсти

б) расширением зубных рядов

в) повышением прикуса

с помощью окклюзионных накладок на боковые зубы

г) повышением прикуса с помощью накусочной площадки

в области передних зубов

д) всеми перечисленными мероприятиями

018. Изготовление вкладок с парапульпарными штифтами без депульпации зуба

не показано при следующих дефектах коронок центральных резцов

в верхней челюсти

а) при отломе угла у области нижней трети коронки

б) при горизонтальном отломе в области нижней четвертой части коронки

в) при горизонтальном отломе половины коронки и более

г) при косом отломе от одного угла

до нижней трети противоположной стороны коронки

д) при всех перечисленных видах отломов

019. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок

4 резцов верхней челюсти при широком лице составляет

а) от 29 до 30 мм

б) от 30 до 31 мм

в) от 31 до 32 мм

г) от 32 до 33 мм

д) от 33 до 34 мм

020. Средний индекс фациальный морфологический по Изару

при широком лице равен

а) от 90 до 96

б) от 96 до 104

в) от 104 до 108

г) от 108 до 110

д) от 110 до 112

021. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок

4 резцов верхней челюсти при лице средней ширины

и индивидуальной макродонтии составляет

а) от 29 до 30 мм

б) от 30 до 31 мм

в) от 31 до 32 мм

г) от 32 до 33 мм

д) от 33 мм и более

022. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок

4 резцов верхней челюсти при узком лице и индивидуальной макродонтии

составляет

а) от 29 до 30 мм

б) от 30 до 31 мм

в) от 31 до 32 мм

г) от 32 до 33 мм

д) от 33 до 34 мм

023. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок

4 резцов верхней челюсти при абсолютной макродонтии составляет

а) от 32 до 33 мм

б) от 33 до 34 мм

в) от 34 до 35 мм

г) от 35 до 36 мм

д) от 36 до 37 мм

024. При нейтральном прикусе и индивидуальной макродонтии показано

а) расширение зубных рядов

б) удлинение зубных рядов

в) мезиальное перемещение боковых зубов

г) дистальное перемещение боковых зубов

д) удаление отдельных зубов

025. Показанием к изготовлению временных коронок на центральные резцы

при частичном отломе коронки является

а) реакция пульпы зуба на термические раздражители

б) реакция пульпы зуба на химические раздражители

в) травма губ, языка в результате соприкосновения

с острыми краями коронки зуба в области его отлома

г) профилактика пульпита

и создание условий для образования заместительного дентина

д) все перечисленное

026. Показанием к изготовлению "постоянных" коронок

на центральные резцы верхней челюсти является

а) зубы с жизнеспособной пульпой при отломе зуба

до половины высоты коронки

б) восстановление анатомической формы зуба при его разрушении

в) открытый прикус

г) умеренная глубина резцового перекрытия

д) все перечисленное

027. Причиной недостаточной физиологической стираемости

временных клыков является

а) позднее прорезывание временных клыков

и запоздалое наступление их физиологической старости

б) ранняя потеря временных моляров, снижение высоты прикуса

в) привычное смещение нижней челюсти вперед

и несоприкосновение временных клыков

г) резко выраженные сагиттальные аномалии прикуса

и отсутствие контактов между клыками

д) все перечисленное

028. Основной причиной наличия промежутка между зубами является

а) ранняя потеря отдельных зубов

б) ретенция зубов

в) частичная адентия

г) чрезмерная протрузия передних зубов

д) все перечисленное

029. Последствием множественного врожденного отсутствия зубов является

а) наклон зубов в сторону дефекта зубного ряда

б) зубоальвеолярное удлинение в области зубов,

не имеющих антагонистов

в) снижение высоты прикуса и нижней части лица

г) нарушение формы лица

д) все перечисленное

030. Основными общими нарушениями организма

при ангидротической эктодермальной дисплазии являются

а) нарушение осанки

б) плоскостопие

в) кривошея

г) нарушение терморегуляции

д) все перечисленные нарушения

031. Триада при ангидротической эктодермальной дисплазии включает

а) нарушение терморегуляции, осанки, плоскостопие

б) адентия, нарушение терморегуляции и осанки

в) ангидроз, адентия, гипотрихоз

г) ангидроз, гипотрихоз, кривошея

д) гипотрихоз, адентия, нарушение осанки

032. Последствиями адентии более 10 зубов является

а) смещение зубов и их наклоны

б) зубоальвеолярное удлинение в области зубов,

не имеющих антагонистов

в) смещение нижней челюсти

г) снижение высоты прикуса

д) все перечисленное

033. Край коронки для детей располагается

а) под десной до 1.5 мм

б) под десной до 1 мм

в) под десной до 0.5 мм

г) до десневого края

д) на 0.5 мм короче

034. В области отсутствующих временных моляров

следует отдавать предпочтение

а) коронке на постоянный моляр с литой распоркой и тройной лапкой

на впереди расположенный зуб (по Ильиной - Маркосян)

б) кольцу на постоянный моляр с литой распоркой и тройной лапкой

на впереди расположенный зуб

в) коронке на постоянный моляр с припаянной к ней П-образной рамкой

г) кольцу на постоянный моляр с припаянной к нему П-образной рамкой

д) коронке на постоянный моляр с пружинящей П-образной рамкой

035. В возрасте до 15 лет при недостатке места в области передних зубов

следует отдавать предпочтение следующим несъемным протезам

а) мостовидному протезу с коронками на опорные зубы и фасеткой

или фасетками

б) консольному протезу при отсутствии бокового резца

в) мостовидному протезу по Мерефильду

г) раздвижному мостовидному протезу по Ильиной - Маркосян

д) литому мостовидному протезу

036. При применении раздвижного съемного протеза

с 1 или 2 искусственными резцами язычную поверхность

коронок боковых зубов следует покрывать базисом аппарата

а) на 0.5 мм

б) на 1 мм

в) на 2 мм

г) на 3 мм

д) всю язычную поверхность

037. Съемные протезы у детей в периоде временного прикуса следует заменять

а) через 2-4 мес

б) через 4-6 мес

в) через 6-8 мес

г) через 8-10 мес

д) более, чем через 1 год

038. Съемные протезы у детей в периоде смешанного прикуса следует заменять

а) через 2-4 мес

б) через 4-6 мес

в) через 6-8 мес

г) через 8-10 мес

д) более, чем через 1 год

039. Для ускоренного раскрытия срединного небного шва

предпочтение следует отдавать

а) каркасному литому из металла аппарату с коронками и штангами

на опорные зубы и винтом

б) аппарату Дерихсвайлера

в) коронкам на опорные зубы с припаянными штангами,

вваренными в базис небной пластинки, с винтом

г) кольцам на опорные зубы с трубками с их вестибулярной стороны,

с оральными штангами на, в том числе, соседние зубы,

вваренными в базис аппарата, не прилегающей к десневым сосочкам

и придесневым участкам, и винтом

д) любой из перечисленных конструкций

040. Для ускорения прорезывания ретинированного клыка на верхней челюсти

в возрасте 15 лет наиболее пригоден

а) мостовидный протез

б) съемный протез с винтом и секторальным распилом

в) съемный протез с винтом и продольным распилом

г) съемный протез с винтом, продольным распилом

и накусочной площадкой для резцов и клыков нижней челюсти

д) съемный протез с винтом, секторальным распилом,

накусочной площадкой и пружинами для раздвижения соседних зубов

041. Праща опирается

а) на подбородок

б) на тело нижней челюсти

в) на углы нижней челюсти

г) на губы

д) на различные участки в зависимости от лечебных целей и конструкции

042. К разновидностям пластинчатых одночелюстных съемных

ортодонтических аппаратов относятся

а) оральные

б) вестибулярные

в) назубные

г) блоковые

д) каркасные

043. К разновидностям дуговых одночелюстных несъемных

ортодонтических аппаратов относятся

а) оральные

б) вестибулярные

в) назубные

г) блоковые

д) каркасные

044. К разновидностям двучелюстных функционально-направляющих

съемных ортодонтических аппаратов относятся

а) оральные

б) вестибулярные

в) назубные

г) блоковые

д) каркасные

045. К разновидностям двучелюстных функционально-действующих

ортодонтических аппаратов относятся

а) пластинчатые

б) дуговые

в) блоковые

г) эластичные

д) каркасные

046. К разновидностям одночелюстных несъемных внеротовых

ортодонтических аппаратов относятся

а) пластинчатые

б) эластичные

в) блоковые

г) дуговые

д) каркасные

047. К разновидностям одночелюстных съемных внеротовых

ортодонтических аппаратов относятся

а) пластинчатые

б) эластичные

в) блоковые

г) дуговые

д) каркасные

048. Для крепления съемных аппаратов используются

а) адгезия

б) анатомическая ретенция

в) механические способы

г) сочетанные способы

д) ничего из перечисленного

049. Для механической фиксации съемных аппаратов в процессе лечения

используется

а) кламмерная фиксация

б) дуговая фиксация

в) капповая фиксация

г) фиксирующее действие активных элементов

д) сочетанная фиксация

050. Аппараты, которые оказывают взаимнопротивоположное воздействие

на передние и боковые зубы челюсти, называют

а) одночелюстными межчелюстного действия

б) одночелюстными одночелюстного действия

в) одночелюстными внеротового действия

г) межчелюстными двучелюстного действия

д) сочетанными

051. Одночелюстные аппараты, которые оказывают

взаимнопротивоположное действие на верхний и нижний зубные ряды,

называют

а) одночелюстными межчелюстного действия

б) одночелюстными одночелюстного действия

в) одночелюстными внеротового действия

г) межчелюстными двучелюстного действия

д) сочетанными

052. Аппараты, которые оказывают взаимнопротивоположное воздействие

на челюсть и голову, называют

а) одночелюстными одночелюстного действия

б) одночелюстными межчелюстного действия

в) одночелюстными внеротового действия

г) межчелюстными двучелюстного действия

д) сочетанными

053. Внеротовая часть ортодонтического аппарата максимально опирается

а) на лобную часть головы

б) на лобно-теменную часть головы

в) на лобно-теменно-затылочную часть головы

г) на шею

д) на подбородок

054. При исправлении положения аномалийно стоящего зуба необходимо

соблюсти следующие физические условия

а) использовать силу и опору

б) использовать опору и фиксацию

в) использовать силу, опору и фиксацию

г) устранить препятствие на пути перемещения зуба,

создать место для перемещаемого зуба

д) соблюсти все перечисленные физические условия

055. При исправлении положения аномалийно стоящего зуба необходимо

соблюсти следующие биологические условия

а) оценить качество коронок и корней зубов

б) учесть степень формирования корня зуба

в) оценить состояние зубоальвеолярной дуги

с позиций нормогенеза тканей

г) оценить состояние зубоальвеолярной дуги с позиций патогенеза тканей

д) учесть анатомо-физиологические условия развития

зубоальвеолярной дуги с позиции ее нормо- и патогенеза,

а также особенностей перестройки тканей

под воздействием ортодонтических аппаратов

056. Ортодонтические аппараты, имеющие активно-действующие элементы,

называются

а) функционально-направляющими

б) механически-действующими

в) функционально-действующими

г) аппаратами сочетанного действия

д) никак не называются

057. Ортодонтические аппараты, имеющие пассивно-действующие элементы,

называются

а) функционально-направляющими

б) механически-действующими

в) функционально-действующими

г) аппаратами сочетанного действия

д) никак не называются

058. Источником силы в функционально-действующих аппаратах является

а) винт, пружина, дуга, резиновая тяга, магнитная тяга и др.

б) наклонная плоскость, направляющие петли, накладки,

каппы, пелоты и т.д.

в) энергия жевательных мышц

г) энергия мимических мышц

д) энергия жевательных и мимических мышц

Раздел 10

ТРАВМА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ

001. Дефекты зубных рядов в периоде временного прикуса

следует замещать съемными протезами

а) с 2 лет

б) с 3 лет

в) с 4 лет

г) с 5 лет

д) с 6 лет

002. Тактикой врача при наличии вколоченных временных резцов

верхней челюсти является

а) удаление вколоченных резцов

б) вытяжение вколоченных резцов

в) наблюдение

г) применение противовоспалительных средств и наблюдение

д) невмешательство

003. При вывихе центрального резца верхней челюсти

в случае глубокого резцового перекрытия

наилучшей конструкцией шинирующего приспособления является

а) 3 кольца - на травмированный и соседние зубы -

спаянные вместе и укрепленные на цементе

б) кольцо на травмированный зуб со штангами на соседние

с их вестибулярной и оральной стороны, укрепленное на цементе

в) съемная пластинка для верхней челюсти с вестибулярной дугой

и накусочной площадкой

г) кольцо на травмированный зуб со штангами на соседние

с их вестибулярной поверхностью, укрепленное на цементе

д) съемная пластинка для верхней челюсти с пружинами

на травмированный и соседние зубы

004. При переломе нижней челюсти с возрастом наибольшие нарушения

ее роста наблюдаются

а) по средней линии

б) в области клыка

в) в области премоляра или моляра

г) в области углов

д) в области шеек суставных отростков

005. Среди врожденных пороков в челюстно-лицевой области

наиболее часто встречается

а) изолированное несращение губы, губы и альвеолярного отростка, неба

б) сквозное одностороннее несращение губы,

альвеолярного отростка и неба

в) сквозное двустороннее несращение губы,

альвеолярного отростка и неба

г) расщелина лица косая, срединная

д) синдром I и II жаберных дуг

006. При оказании ортодонтической и ортопедической помощи

младенцам с врожденной расщелиной верхней губы,

альвеолярного отростка и неба наиболее эффективным является способ

а) Шаровой

б) Рубежовой

в) Мак Нила

г) Ильиной - Маркосян

д) Кеза

007. Применение способа Мак Нила

является наиболее эффективным в возрасте

а) от рождения до 2 мес

б) от 2 до 4 мес

в) от 4 до 6 мес

г) от 6 до 8 мес

д) от 8 мес до 1 года

008. Для детей, не имеющих возможность получить хирургическую помощь,

наиболее эффективными являются обтураторы

а) Ильиной - Маркосян с подвижной небной занавеской

б) типа Кеза

в) РИС-1

г) РИС-2

д) РИС-3

009. Причиной двусторонней нижней микрогнатии является

а) травма в период беременности

б) травма во время родов при неправильном расположении плода

в) гематогенная инфекция

г) синдром Робина

д) все перечисленное

010. Причинами односторонней нижней микрогнатии являются

а) травма бытовая

б) травма спортивная

в) стоматологические заболевания

г) заболевания среднего уха

д) все перечисленные причины

011. После оказания хирургической помощи детям по поводу воспалительных,

травматических и неопластических заболеваний

применяют ортопедические аппараты и приспособления

а) репонирующие

б) фиксирующие

в) замещающие

г) формирующие

д) любые по показаниям

012. При адентии верхних боковых резцов без сокращения размера

верхнего зубного ряда тактикой ортодонтического лечения является

а) перемещение 33 дистально

с последующим протезированием недостающих 22 зубов

б) мезиальное перемещение 33 с удалением IIIIII

в) мезиальное перемещение 33 с сохранением IIIIII

г) покрытие 11 коронками больших размеров

д) невмешательство

013. При ретенции третьих нижних моляров при мезиальном прикусе

тактикой лечения является

а) сдерживание роста нижней челюсти внеротовой тягой

б) вылущивание 88

в) удаление отдельных зубов на нижней челюсти

г) раздражающая терапия

д) наблюдение

014. После возрастного периода физиологического прорезывания зубов

диагноз их ретенции можно поставить

а) через полгода

б) через 1 год

в) через 2 года

г) через 3 года

д) через 4 года

015. Сверхкомплектные зубы чаще бывают в области

а) моляров

б) премоляров

в) клыков

г) резцов

д) определенной закономерности нет

016. Дефекты зубных рядов в периоде сменного прикуса

следует замещать съемными протезами

а) с 7-8 лет

б) с 8-9 лет

в) с 9-10 лет

г) с 10-11 лет

д) с 12 лет

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

Раздел 1

ОРГАНИЗАЦИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

001 - в 011 - г 021 - д 031 - д 041 - г

002 - б 012 - г 022 - д 032 - д 042 - в

003 - б 013 - д 023 - а 033 - а 043 - в

004 - д 014 - д 024 - д 034 - б 044 - а

005 - г 015 - д 025 - в 035 - д 045 - б

006 - д 016 - в 026 - в 036 - д 046 - в

007 - д 017 - б 027 - д 037 - г 047 - б

008 - д 018 - б 028 - г 038 - г 048 - б

009 - в 019 - в 029 - д 039 - д 049 - г

010 - в 020 - в 030 - д 040 - в

Раздел 2

КЛИНИЧЕСКАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ПОЛОСТИ РТА

001 - б 008 - б 015 - г 022 - б 029 - г

002 - б 009 - в 016 - г 023 - в 030 - в

003 - г 010 - г 017 - в 024 - б 031 - а

004 - б 011 - б 018 - б 025 - в 032 - б

005 - в 012 - а 019 - д 026 - в 033 - г

006 - г 013 - а 020 - б 027 - а 034 - д

007 - а 014 - б 021 - г 028 - д 035 - д

Раздел 3

ДИАГНОСТИКА В ОРТОДОНТИИ

001 - д 013 - в 025 - б 037 - г 049 - д

002 - а 014 - б 026 - г 038 - г 050 - б

003 - а 015 - д 027 - в 039 - г 051 - г

004 - а 016 - д 028 - б 040 - в 052 - а

005 - б 017 - в 029 - б 041 - г 053 - г

006 - б 018 - в 030 - д 042 - в 054 - г

007 - а 019 - в 031 - а 043 - в 055 - в

008 - б 020 - а 032 - д 044 - в 056 - в

009 - б 021 - а 033 - в 045 - д 057 - г

010 - б 022 - б 034 - а 046 - в 058 - д

011 - б 023 - б 035 - а 047 - г 059 - в

012 - в 024 - д 036 - в 048 - б 060 - г

061 - а 071 - г 081 - б 091 - г 101 - б

062 - в 072 - г 082 - в 092 - г 102 - б

063 - а 073 - д 083 - а 093 - б 103 - а

064 - б 074 - д 084 - в 094 - а 104 - г

065 - б 075 - б 085 - б 095 - в 105 - г

066 - д 076 - а 086 - в 096 - б 106 - в

067 - д 077 - в 087 - а 097 - б 107 - в

068 - д 078 - а 088 - б 098 - д 108 - в

069 - в 079 - б 089 - а 099 - в 109 - б

070 - г 080 - б 090 - в 100 - в 110 - в

Раздел 4

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И СПОСОБЫ

ОРТОДОНТИЧЕСКОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

001 - б 013 - б 025 - в 037 - д 049 - в

002 - а 014 - б 026 - б 038 - в 050 - в

003 - д 015 - а 027 - б 039 - в 051 - б

004 - б 016 - б 028 - д 040 - в 052 - г

005 - б 017 - в 029 - а 041 - в 053 - в

006 - б 018 - б 030 - б 042 - г 054 - в

007 - б 019 - в 031 - а 043 - в 055 - б

008 - а 020 - б 032 - в 044 - б 056 - б

009 - в 021 - в 033 - в 045 - г 057 - б

010 - г 022 - б 034 - д 046 - в 058 - а

011 - б 023 - г 035 - в 047 - г 059 - б

012 - в 024 - в 036 - г 048 - б

Раздел 5

ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ТЕХНИКА

001 - г 012 - д 023 - д 034 - в 045 - б

002 - г 013 - г 024 - д 035 - д 046 - г

003 - в 014 - г 025 - д 036 - д 047 - б

004 - г 015 - д 026 - д 037 - г 048 - б

005 - д 016 - д 027 - б 038 - д 049 - д

006 - д 017 - г 028 - д 039 - д 050 - в

007 - а 018 - д 029 - д 040 - б 051 - в

008 - д 019 - в 030 - г 041 - д 052 - г

009 - г 020 - д 031 - д 042 - в 053 - г

010 - д 021 - а 032 - г 043 - д 054 - в

011 - д 022 - д 033 - д 044 - г 055 - б

056 - в 060 - в 064 - г 068 - в 072 - г

057 - г 061 - в 065 - г 069 - г 073 - в

058 - а 062 - в 066 - б 070 - а 074 - в

059 - г 063 - г 067 - б 071 - в 075 - а

076 - а

077 - б

Раздел 6

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И ПРОФИЛАКТИКА

ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ

001 - в 005 - а 009 - д 013 - а 017 - в

002 - в 006 - в 010 - д 014 - а 018 - в

003 - а 007 - а 011 - д 015 - д

004 - б 008 - г 012 - а 016 - а

Раздел 7

АНОМАЛИИ И ДЕФОРМАЦИИ ЗУБОВ И ЗУБНЫХ РЯДОВ

001 - г 009 - в 017 - г 025 - д 033 - д

002 - д 010 - а 018 - в 026 - д 034 - в

003 - в 011 - д 019 - в 027 - д 035 - в

004 - в 012 - б 020 - д 028 - в 036 - д

005 - б 013 - д 021 - в 029 - в 037 - в

006 - г 014 - д 022 - д 030 - д 038 - в

007 - д 015 - д 023 - б 031 - г 039 - г

008 - д 016 - д 024 - д 032 - д 040 - а

Раздел 8

АНОМАЛИИ ПРИКУСА

001 - в 011 - г 021 - а,б 031 - д 041 - г

002 - в 012 - а 022 - а 032 - д 042 - д

003 - д 013 - г 023 - в,г 033 - д 043 - д

004 - г 014 - д 024 - д 034 - г 044 - д

005 - в 015 - д 025 - д 035 - а 045 - д

006 - в 016 - в,г 026 - б 036 - д 046 - а

007 - г 017 - г 027 - д 037 - д 047 -

008 - в 018 - в,д 028 - 038 - б 048 - г

009 - г 019 - д 029 - 039 - д 049 - д

010 - в 020 - б 030 - д 040 - д 050 - б

051 - б 057 - а 063 - б 069 - г 075 - в

052 - д 058 - в 064 - б 070 - а 076 - б

053 - а 059 - б 065 - а 071 - б 077 - в

054 - б 060 - б 066 - б 072 - а 078 - а

055 - д 061 - а 067 - б 073 - б 079 - б

056 - в 062 - б 068 - г 074 - в 080 - а

081 – г

Раздел 9

ДЕФЕКТЫ ЗУБОВ, ЗУБНЫХ РЯДОВ И БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА

001 - б 013 - д 025 - г 037 - г 049 - д

002 - б 014 - д 026 - б 038 - в 050 - б

003 - а 015 - д 027 - д 039 - б 051 - а

004 - а 016 - а 028 - д 040 - д 052 - в

005 - а 017 - д 029 - д 041 - д 053 - в

006 - г 018 - в 030 - г 042 - а 054 - д

007 - а 019 - г 031 - в 043 - в 055 - д

008 - а 020 - в 032 - д 044 - г 056 - б

009 - д 021 - в 033 - г 045 - д 057 - а

010 - б 022 - б 034 - г 046 - г 058 - д

011 - д 023 - д 035 - г 047 - г

012 - в 024 - д 036 - д 048 - г

Раздел 10

ТРАВМА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ

001 - в 005 - б 009 - д 013 - в

002 - г 006 - в 010 - д 014 - г

003 - в 007 - б 011 - д 015 - г

004 - д 008 - б 012 - а 016 - а

**ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ**

Раздел 1

ОРГАНИЗАЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

001. Норматив обеспеченности врачебными кадрами

по ортопедической стоматологии в расчете на 10 000 населения

а) 0.25

б) 0.5

в) 1.0

г) 1.5

д) 2.0

002. Оптимальная нагрузка врача-ортопеда,

выраженная числом посещений пациентов в день, составляет

а) 7.0

б) 10.0

в) 12.0

г) 14.0

д) 16.0

003. Врач-ортопед по нормативу должен принять в час

а) 0.5 пациента

б) 1.0 пациент

в) 1.5 пациента

г) 2.0 пациента

д) 2.5 пациента

004. Абсолютным показателем к протезированию является

потеря жевательной эффективности по Н.А.Агапову

а) свыше 10%

б) 15%

в) 20%

г) 25%

д) 50%

005. Должность медицинской сестры положена

на следующее число врачей-ортопедов

а) 1.0

б) 1.5

в) 2.0

г) 2.5

д) 3.0

006. Средние сроки пользования пластиночными зубными протезами

а) 1 год

б) 3 года

в) 5 лет

г) 7 лет

д) 10 лет

007. Срок гарантии на изготовленный зубной протез?

а) 0.5 года

б) 1 год

в) 2 года

г) 3 года

д) 4 года

008. Соотношение должностей врач-зубной техник должно быть

а) 0.5:1.0

б) 1.0:1.0

в) 1.0:2.0

г) 1.5:2.0

д) 2.0:3.0

Раздел 2

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

ГОЛОВЫ И ШЕИ

001. В основном треугольнике (футляре), кроме сонной артерии, располагаются

а) глубокие шейные лимфатические узлы

б) блуждающий нерв

в) внутренняя яремная вена

г) диафрагмальный нерв

д) правильные ответы а),б), в)

002. Мандибулярная ветвь тройничного нерва иннервирует следующие мышцы

а) мышцу, опускающую небную занавеску

б) мышцу, поднимающую небную занавеску

в) небно-язычную

г) язычок

д) щечную

003. В поднимании нижней челюсти участвуют мышцы

а) собственно жевательная

б) медиальная крыловидная

в) верхняя часть височной

г) латеральная, крыловидная

д) все перечисленные

004. Дефицит аскорбиновой кислоты в период заживления раны приводит

а) к замедлению продуцирования коллагена фибробластами

б) к воспалительной реакции

в) к вазодилатации

г) к замедлению митотической активности эпителия

д) ни одно из перечисленных

005. Носовая полость образована

а) крыльными хрящами

б) костями носа

в) перпендикулярной пластинкой решетчатой кости

г) хрящем перегородки носа

д) правильные ответы б) и г)

006. Иннервация слизистой оболочки носа происходит

а) от подглазничного нерва

б) от надблокового нерва

в) от крыло-небного узла

г) от переднего решетчатого нерва

д) от зубного сплетения

007. Носослезный канал состоит

а) из соединения латерального и максиллярного отростков

б) от соединения медиального носового и максиллярного отростков

в) от латерального носового отростка

г) от медиального носового отростка

д) от максиллярного отростка

Раздел 3

ДИАГНОСТИКА В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001. Основным методом обследования больного

в клинике ортопедической стоматологии является

а) клинический

б) рентгенологический

в) биометрический

г) реографический

д) измерение диагностических моделей челюстей

002. Наибольшую информацию о состоянии периапекальных тканей зубов

верхней и нижней челюсти дает

следующий метод рентгенологического обследования

а) дентальная рентгенография

б) панорамная рентгенография

в) ортопантомография

г) телерентгенография

д) рентгенокинематография

003. Наиболее информативным методом рентгенологического обследования

для оценки качества пломбирования корневых каналов

зубов верхней и нижней челюсти является

а) дентальная рентгенография

б) панорамная рентгенография

в) ортопантомография

г) телерентгенография

д) рентгенокинематография

004. Методом рентгенодиагностики, дающим исчерпывающую информацию

о состоянии тканей пародонта, является

а) дентальная рентгенография

б) панорамная рентгенография

в) ортопантомография

г) телерентгенография

д) рентгенокинематография

005. Для выявления возможности прохождения корневых каналов !6 - верхнего левого моляра целесообразно использовать

следующий метод рентгенодиагностики

а) дентальная рентгенография

б) панорамная рентгенография

в) ортопантомография

г) телерентгенография

д) рентгенокинематография

006. Наиболее информативным методом рентгенодиагностики

при выявлении соответствия размеров верхней и нижней челюсти является

а) дентальная рентгенография

б) панорамная рентгенография

в) ортопантомография

г) телерентгенография

д) рентгенокинематография

007. Наиболее информативным методом рентгенодиагностики

при выявлении положения верхней челюсти

по отношению к основанию черепа является

а) дентальная рентгенография

б) панорамная рентгенография

в) ортопантомография

г) телерентгенография

д) рентгенокинематография

008. Наиболее информативным методом рентгенодиагностики

при выявлении морфологии элементов височно-нижнечелюстного сустава является

а) панорамная рентгенография

б) ортопантомография

в) телерентгенография

г) рентгенокинематография

д) томография височно-нижнечелюстных суставов

009. Вторичные деформации зубных рядов при наличии всех зубов

могут возникать

а) да

б) нет

010. Частичную вторичную адентию, осложненную феноменом ПоповаГодона,

следует дифференцировать

а) от частичной адентии, осложненной снижением окклюзионной высоты

и дистальным смещением нижней челюсти

б) от частичной адентии, осложненной патологической стираемостью

твердых тканей зубов и снижением окклюзионной высоты

в) от частичной адентии обеих челюстей,

когда не сохранилось ни одной пары антагонирующих зубов

011. В.А.Пономарева выделяет

а) три формы зубочелюстных деформаций

б) две формы зубочелюстных деформаций

в) четыре формы зубочелюстных деформаций

012. К деформации зубных рядов могут приводить

следующие патологические процессы

а) патологическая стираемость

б) кариес

в) пародонтит

г) адентин

д) лейкоплакия

е) правильные ответы а),б),в)

ж) правильные ответы все

з) правильные ответы а),б),в),г)

013. Деформация зубных рядов прогрессирует

а) в молодом возрасте

б) в старческом возрасте

в) одинаково как в молодом, так и в старческом возрасте

014. Отношение между экстра- и интраальвеолярной частями зуба

остается неизменным

а) при I форме феномена Попова

б) при II форме, 2-я группа феномена Попова

в) при II форме, 1-я группа феномена Попова

г) при III форме феномена Попова

015. Обнажение цемента смещенных зубов более чем на 1/2 корня

относится (по В.А.Пономаревой)

а) к I форме

б) ко II форме, 1-ой группе

в) ко II форме, 2-ой группе

016. Периодонтальная щель у зубов, лишенных антагонистов

а) расширена

б) сужена

в) не изменена

017. В периодонте зубов, не имеющих антагонистов, разрастается

а) фиброзная ткань

б) рыхлая соединительная ткань

в) эпителиальная ткань

018. Метод дезокклюзии применяется

а) при I форме феномена Попова

б) при II форме феномена Попова

в) при I и II формах феномена Попова

019. При методе дезокклюзии выравнивание окклюзионной поверхности происходит

а) за счет вколачивания зубов

б) за счет перестройки костной ткани

020. Для диагностики заболевания височно-нижнечелюстного сустава

применяют следующие методы

а) измерение высоты нижнего отдела лица

б) анализ функциональной окклюзии

в) рентгенологическое исследование

г) электромиографическое исследование

д) правильные ответы а),б),в),г)

е) правильные ответы б),в)

021. Реография области височно-нижнечелюстного сустава

используется для определения

а) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области

б) гемодинамики

в) движения головок нижней челюсти

г) размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава

022. Избирательное пришлифовывание зубов

при патологии височно-нижнечелюстного сустава производится с целью

а) снижения окклюзионной высоты

б) уменьшения нагрузки на пародонт

в) нормализации функциональной окклюзии

г) правильные ответы а),б)

д) правильные ответы а),б),в)

023. Назовите виды окклюзионных кривых

а) сагиттальная

б) трансверзальная

в) сагиттальная и трансверзальная

024. Рентгенологическая картина при хронических артритах

височно-нижнечелюстного сустава

а) расширение суставной щели

б) сужение суставной щели

в) контуры суставной головки нечеткие

г) деформация костных элементов сустава

025. Рентгенологическая картина при артрозах

височно-нижнечелюстного сустава

а) сужение суставной щели

б) отсутствие суставной щели

в) расширение суставной щели

г) изменение формы костных элементов сустава

026. Характерные признаки острого артрита

а) боли в суставе постоянные в покое

б) боли в суставе приступообразные

в) боли в суставе, усиливающиеся при движении нижней челюсти

г) открывание рта до 4.5-5.0 см

д) открывание рта до 0.5-1.0 см

е) правильные ответы в) и д)

ж) правильные ответы б),в) и д)

027. Аускультация височно-нижнечелюстного сустава

при артрозе и хроническом артрите выявляет

а) крепитацию

б) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей

в) щелкающие звуки

г) отсутствие суставного шума

д) правильные ответы а) и в)

е) правильные ответы а) и б)

ж) правильные ответы а),б) и в)

з) правильные ответы б) и в)

028. В боковых окклюзиях на рабочей стороне в норме могут быть

а) групповые контакты щечных бугров жевательных зубов

б) контакт клыков и боковых резцов

в) контакт резцов и щечных бугров премоляров

г) контакт резцов

д) контакт дистальных бугров вторых моляров

е) контакт щечных бугров жевательных зубов (и)или контакт клыков

029. Окклюзионная коррекция (дайте полный ответ) проводится

а) методами избирательного сошлифовывания зубов,

ортопедическими, ортодонтическими методами

б) ортопедическими, ортодонтическими, хирургическими методами

в) методами избирательного сошлифовывания зубов, ортопедическими,

ортодонтическими, хирургическими методами

030. Укажите факторы окклюзии

а) суставной путь

б) движение Беннета

в) окклюзионная плоскость

г) кривая Шпее

д) кривая Уилсона

е) величина бугров жевательных зубов

ж) резцовый путь

з) расстояние между суставными головками

и) глотание

к) жевание

л) правильные ответы а),б),в),и),к)

м) правильные ответы а),б),в),г),д),е),ж),з)

н) правильные ответы а),б),в),д),з),и),к)

031. Для выявления суперконтактов в заднем контактном положении

нижнюю челюсть смещают

а) дистально

б) в правую боковую окклюзию

в) в левую боковую окклюзию

г) в переднюю окклюзию

д) открыванием рта в пределах до 1-2 см

032. Укажите показания к применению окклюзионных шин

при болезнях височно-нижнечелюстного сустава

а) нормализовать функцию мышц, положение суставных головок,

предохранить ткани сустава

от существующих окклюзионных нарушений

б) ограничить движение нижней челюсти

в) исключить чрезмерную нагрузку на ткани зуба, пародонт,

предохранить ткани сустава

от существующих окклюзионных нарушений

г) правильные ответы а) и б)

д) правильные ответы б) и в)

е) правильные ответы а),б) и в)

033. При болезненной пальпации жевательных мышц

и отсутствии рентгенологических изменений

в височно-нижнечелюстном суставе возможен следующий диагноз

а) мышечно-суставная дисфункция

б) артрит

в) артроз

г) остеома суставного отростка нижней челюсти

034. Форма зубных рядов в постоянном прикусе

а) полукруг

б) трапеция

в) треугольник

г) верхнего - полуэллипс, нижнего - парабола

035. Ортогнатический прикус постоянных зубов

характеризует следующий признак

а) каждый зуб имеет по одному антагонисту

б) смыкание по 2 классу Энгля

в) каждый зуб вступает в контакт с двумя антагонистами

за исключением верхнего зуба мудрости и нижнего первого резца.

Каждый верхний зуб в центральной окклюзии вступает в контакт

с одноименным нижним и позади стоящим

г) смыкание по 3 классу Энгля

036. В основу классификации зубочелюстных аномалий по Энглю положено

а) принцип соотношения зубных рядов (соотношение 1-х моляров)

б) принцип аномалии зубов

в) принцип аномалий челюстей и их анатомических отделов

037. На ортопантомограмме получают

а) развернутое рентгеновское изображение верхней челюсти

б) развернутое рентгеновское изображение нижней челюсти

в) развернутое рентгеновское изображение верхней и нижней челюстей

038. Аппаратами комбинированного действия являются

ортодонтические аппараты

а) имеющие элементы функциональных аппаратов

б) имеющие элементы механических аппаратов

в) имеющие элементы функциональных и механических аппаратов

г) имеющие резиновую тягу

039. Функциональными называются аппараты

а) действующие при активации винта

б) действующие при наложении резиновой тяги

в) действующие при активации проволоки

г) действующие при сокращении мускулатуры

040. Вестибулярная дуга используется с целью

а) для расширения зубного ряда

б) для протрузии зуба

в) для перемещения зубов в оральном направлении

г) для смещения нижней челюсти вперед

041. При второй степени стираемости глубина поражения твердых тканей

составляет

а) половину величины коронки зуба

б) половину длины корны

в) 2/3 коронки зуба

042. При прямом виде прикуса встречается форма патологической стираемости

а) горизонтальная

б) вертикальная

в) смешанная

г) компенсированная

043. Форма патологической стираемости твердых тканей зубов,

при которой поражены вестибулярная и(или) оральная поверхности зубов,

называется

а) декомпенсированная

б) вертикальная

в) компенсированная

г) горизонтальная

044. Форма патологической стираемости твердых тканей зубов,которая

характеризуется отсутствием снижения высоты нижней трети лица,

называется

а) чрезмерная

б) компенсированная

в) горизонтальная

г) вертикальная

д) смешанная

е) декомпенсированная

045. Отсутствие снижения высоты нижней трети лица

при компенсированной форме патологической стираемости зубов

обусловлено

а) смещением нижней челюсти

б) ростом альвеолярного отростка челюстей

в) изменением взаимоотношений элементов

височно-нижнечелюстного сустава

г) выдвижением зубов

д) ошибкой препарирования

046. Дополнительные методы исследования больных

с декомпенсированной формой патологической стираемости

твердых тканей зубов

а) клинический анализ крови

б) томография височно-нижнечелюстного сустава

в) биохимический анализ крови

г) рентгенологическое исследование зубов и челюстей

д) аллергические пробы

е) правильные ответы а) и б)

ж) правильные ответы б) и г)

з) правильные ответы а),б),в),г)

047. При всех формах патологической стираемости показаны

ортопедические конструкции

а) штампованные коронки

б) цельнолитые протезы

в) внеротовые лечебные аппараты

048. При 3-й степени патологической стираемости зубов показано применение

а) пломб

б) вкладок

в) культевых коронок

г) штампованных коронок

049. Для ортодонтического этапа лечения больных

с локализованной формой патологической стираемости зубов применяется

а) пластинка с наклонной плоскостью

б) пластмассовая каппа

в) пластинка с накусочной площадкой

г) пластинка с вестибулярной дугой

050. При патологической стираемости твердых тканей зубов полость зуба

а) увеличивается

б) уменьшается

в) не изменяется

051. Для дифференциации компенсированной формы

патологической стираемости твердых тканей зубов от декомпенсированной

необходимо

а) изготовить диагностические модели

б) измерить разницу между ВНОЛ при физиологическом покое и в ЦО

в) провести рентгенологическое исследование зубов

г) провести ЭОД

д) провести реопарадонтографию

052. При патологической стираемости твердых тканей зубов

форма фасеток стирания

а) кратерообразная

б) ступенчатая

в) прямоугольная

053. С потерей эмали режущего края зубов или жевательных бугров

скорость стираемости

а) уменьшается

б) увеличивается

в) не изменяется

054. Этиологические факторы патологической стираемости,

связанные с функциональной перегрузкой зубов

а) аномалия прикуса

б) алиментарная недостаточность

в) частичная адентия

г) нарушение окклюзии при неправильном протезировании

д) химические воздействия

е) различный функциональный износ зубных протезов,

изготовленных из разных материалов

ж) воздействие средств гигиены

з) бруксизм

и) правильные ответы а),в),г),д),ж)

к) правильные ответы а),в),г),д),з)

л) правильные ответы а),в),г),е),з)

055. При декомпенсированной форме патологической стираемости

твердых тканей зубов ортопедическое лечение проводится

а) в один этап

б) в два этапа

в) в три этапа

г) в пять этапов

056. К неспецифическим факторам, способствующим развитию

аллергической реакции при использовании металлических протезов,

относят

а) коррозионные процессы

б) изменение pH слюны в кислую сторону

в) процессы истирания

г) тепловой эффект

д) правильные ответы а),б),в)

057. Для выявления аллергической реакции на пластмассу предложены

а) аппликационная проба по Сорокину

б) провокационная проба

в) экспозиционная проба

г) лейкопеническая проба

д) правильные ответы а),б),в),г)

058. Для диагностирования аллергии на базисные пластмассы

проводят следующие тесты

а) экспозиционно-провокационная проба

б) лейкопеническая проба

в) тест химического серебрения

г) соскоб на Candida

д) pH-метрия

е) измерение разницы потенциалов

ж) правильные ответы а),б),в),г),д)

з) правильные ответы а),в),г)

Раздел 4

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

001. Иммунитет - это

а) способность иммунной системы вырабатывать антитела

б) способность иммунокомпетентных клеток

распознавать чужеродные белки

в) способ (механизм) защиты организма от живых тел и веществ,

несущих в себе признаки генетической чужеродной информации

г) способность некоторых клеток уничтожить бактериальные клетки,

попадающие из внешней среды

д) фагоцитарная функция клеток организма

002. Фактор неспецифической защиты - это

а) выработка антител к определенному антигену

б) физиологическое воздействие на бактериальную клетку

в) химическое воздействие на микроорганизм

г) комплексное (физиологическое, химическое) воздействие

на микроорганизм

д) фагоцитарная функция специфических клеток

003. Действие неспецифических механизмов защиты в полости рта появляется

а) сразу же в момент попадания белковой субстанции или иного вещества

б) через сутки

в) через 1-2 недели

г) необходимо время для синтеза иммуноглобулинов

д) необходимо время для формирования защиты

004. Наиболее важным фактором неспецифической защиты организма

(в полости рта) является

а) барьерная функция тканей полости рта

б) слюноотделение

в) находящиеся в слюне антибактериальные компоненты:

лизоцим, иммуноглобулины, лейкоциты и др.

г) резидентная микрофлора в полости рта

д) все вышеперечисленные факторы важны

005. Отрицательное воздействие протезов

на защитные механизмы в полости рта заключается в следующем

а) ионы металлов (сплавов для изготовления протезов) способны

воздействовать на резидентную микрофлору полости рта

б) пластмассы уменьшают миграцию лейкоцитов в полость рта

в) молекулы некоторых протезных материалов способны соединяться

с белками клеток и вызывать синтез аллергических антител

г) механическое воздействие протезов приводит к снижению

местной защиты слизистой оболочки полости рта

д) все вышеперечисленное верно

006. Следующее профилактическое (наиболее действенное) мероприятие

можно предложить в целях уменьшения

отрицательного воздействия протезов

а) изготовление цельнолитых мостовидных протезов

б) изготовление протезов с литыми базисами

в) изготовление протезов из бесцветной пластмассы

г) систематический массаж протезного ложа

д) все вышеперечисленное верно

007. Протезировать больного, который закончил курс лучевой терапии,

целесообразно

а) сразу же после окончания курса лечения

б) спустя год после проведения курса лучевой терапии

в) при нормальной (клинический анализ) картине крови

г) через два месяца после окончания лучевой терапии

д) через 6-8 месяцев

008. Иммунологические процессы в полости рта могут изменять

а) криогенное воздействие на ткани

б) действие высоких температур на ткани

в) УВЧ-терапия

г) радиолучевая терапия

д) все вышеперечисленное

009. "Аномалия" прикуса - это

а) нарушение развития формы и функции зубочелюстной системы

б) частичная потеря зубов

в) изменение формы и функции зубочелюстной системы,

обусловленное патологическими процессами

г) изменения в мышечной системе

д) зубоальвеолярное удлинение, связанное с потерей зубов

010. Деформация зубочелюстной системы - это

а) изменение формы и функции зубочелюстной системы,

обусловленное патологическими процессами

б) потеря зубов

в) нарушение развития формы и функций зубочелюстной системы

г) изменение в височно-нижнечелюстном суставе

д) открытый прикус

011. Наиболее характерным функциональным нарушением

при деформациях зубочелюстной системы является

а) нарушение жевания

б) нарушение эстетических норм

в) нарушение окклюзии

г) нарушение артикуляции

д) все вышеперечисленное

012. При изучении диагностических моделей важна информация

а) соотношение зубных рядов

б) характер смыкания передних зубов

в) совпадение средних линий между центральными резцами

г) форма зубных дуг

д) все вышеперечисленное

013. Наиболее важным измерением

для дифференциальной диагностики формы аномалии прикуса является

а) сумма ширины четырех верхних резцов

б) ширина боковых резцов

в) сумма ширины клыка и премоляров

г) длины верхней и нижней зубных дуг

д) все вышеперечисленное

014. Наиболее важным показателем при измерении диагностической модели

является

а) ширина зубной дуги в области клыков

б) ширина зубной дуги в области премоляров

в) ширина зубной дуги в области моляров

г) высота неба в области моляров

д) эти данные равноценны по значимости

015. Следующие обследования позволяют использовать

результаты телерентгенографии

а) измерения на диагностических моделях

б) электромиография

в) параметры ортогнатического прикуса

г) рентгенография отдельных зубов

д) электромиомастикациография

016. Наиболее важным при анализе телерентгенограмм является

а) анализ лицевого скелета (краниометрия)

б) анализ гнатической части лицевого скелета (гнатометрия)

в) анализ мягких тканей лица (профилометрия)

г) планиметрический анализ лица

д) все вышесказанное вместе

017. Возможной формой зубных рядов

при прогнатическом (верхнечелюстном) прикусе является

а) протрузия верхних передних зубов в сочетании с сужением

верхнего зубного ряда при нормальном нижнем зубном ряде

б) правильная форма верхнего зубного ряда при уплощенной

в переднем отделе нижней зубной дуги

в) равномерное сужение зубных дуг

с передним положением верхнего зубного ряда

г) равномерное сужение зубных дуг

с задним положением нижнего зубного ряда

д) все вышесказанное

018. Телерентгенограмма при верхнечелюстном прогнатическом прикусе,

обусловленном чрезмерным развитием верхней челюсти, позволяет выявить

а) чрезмерное развитие верхней челюсти (абсолютное)

и в соотношениях с нижней челюстью

б) правильное соотношение челюстей относительно основания черепа

в) значительное увеличение межальвеолярного угла

г) увеличение сагиттального межрезцового расстояния

д) все вышесказанное верно

019. На телерентгенограмме при верхнечелюстном прогнатическом прикусе

с недоразвитием нижней челюсти выявляется

а) увеличение межапикального угла

и сагиттального межрезцового расстояния

б) недоразвитие нижней челюсти

в) укорочение нижней челюсти

г) горизонтальное положение нижней челюсти в лицевом скелете

д) все вышесказанное верно

020. Истинная прогения - это

а) мезиальное смещение нижней челюсти

б) недоразвитие верхней челюсти при нормальной нижней

в) чрезмерное развитие нижней челюсти

г) принужденный прикус

д) уплощение фронтального участка верхней челюсти

021. Передние зубы при прогеническом прикусе находятся в соотношении

а) обратное смыкание резцов с контактом и незначительным перекрытием

б) обратный прикус глубокий

в) открытый прикус

г) сагиттальный открытый прикус с глубоким перекрытием резцов

д) все вышесказанное верно

022. Характерным признаком для прогенического прикуса,

обусловленного недоразвитием верхней челюсти, является

а) передние зубы в обратном смыкании, но в контакте

б) незначительная глубина обратного перекрытия

в) верхний зубной ряд трапециевидной формы,

длина их передней части уменьшена

г) ретрузия резцов и клыков

д) все вышесказанное верно

023. Характерным признаком для прогенического прикуса,

обусловленным мезиальным смещением нижней челюсти, является

а) нормальная величина челюстей

б) переднее положение нижней челюсти относительно основания черепа

в) переднее положение головки нижней челюсти в суставной ямке

г) возможность смыкания зубов

д) все вышесказанное верно

024. Характерным признаком для глубокого прикуса у взрослого пациента

является

а) отсутствие контакта между передними зубами

б) наличие маргинальных пародонтитов

в) блокирование движений нижней челюсти

г) наличие артропатий

д) все вышесказанное верно

025. Следующие патологические изменения

наблюдаются при глубоком прикусе

а) патологическая подвижность зубов

б) патологическая стираемость зубов

в) погружение зуба в лунку

г) маргинальные пародонтиты

д) все вышесказанное верно

026. При появлении двухсторонних включенных дефектах

при глубоком прикусе бывает следующее осложнение

а) дистальный сдвиг нижней челюсти

б) функциональная перегрузка оставшихся зубов

в) наклон моляров в мезиальную сторону

г) уменьшение межальвеолярной высоты

д) все вышесказанное верно

027. При несвоевременном протезировании больного

после потери коренных зубов может возникнуть следующее осложнение

а) выдвижение зубов потерявших антагонистов

(зубоальвеолярное удлинение)

б) уменьшение межальвеолярной высоты

в) перегрузка оставшихся зубов

г) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава

д) все вышеперечисленное

028. Причиной вторичного глубокого прикуса является

а) частичная потеря зубов

б) патологическая стираемость зубов

в) заболевание тканей пародонта

г) изменение положения зубов при поражении пародонта

д) все вышеперечисленное

029. Признаком, характеризующим открытый прикус, является

а) короткая верхняя губа

б) развернутый угол нижней челюсти

в) нарушение речи

г) нарушение откусывания пищи

д) все вышеперечисленное

030. На телерентгенограмме при обследовании больных с открытым прикусом

выявляется

а) протрузия верхних зубов

б) зубоальвеолярное укорочение переднего участка верхней челюсти

в) зубоальвеолярное укорочение переднего участка нижней челюсти

г) зубоальвеолярное укорочение переднего участка обеих челюстей

и зубоальвеолярное удлинение боковых участков верхней челюсти

д) все вышеперечисленное

031. Укажите причину перекрестного прикуса

а) нарушение формы зубных рядов

б) нарушение соотношения зубных рядов в трансверзальном направлении

в) смещение нижней челюсти в сторону

г) мышечная дисгармония и асимметрия развития лицевого скелета

д) все вышеперечисленное

032. Укажите признак сформировавшегося в детстве перекрестного прикуса

а) перестройка зубочелюстной системы на уровне зубных рядов

б) перестройка зубочелюстной системы на уровне альвеолярного отростка

в) перестройка наблюдается на уровне челюстей

г) наблюдается аномалия развития лицевого скелета

д) все вышеперечисленное

033. При дифференциальной диагностике перекрестного прикуса

(неравномерное сужение зубных рядов)

от деформации вследствие потери зубов учитывается

а) симметричность расположения боковых зубов

по отношению к серединно-сагиттальной плоскости

б) фасетки стирания на зубах

в) наличие травматической окклюзии

г) аномалия формы суставных головок

д) все вышеперечисленное

034. Наиболее важным фактором при определении

возможности ортодонтического лечения взрослых является

а) нарушения структуры зубочелюстной системы,

которые следует устранить

б) возможности морфологической перестройки

в) тяжесть морфологических проявлений аномалии

г) тяжесть клинических проявлений аномалии

д) все вышеперечисленное

035. При скелетной форме аномалии прикуса происходит

а) изменение положения челюстей в сагиттальной плоскости

по отношению к основанию черепа

б) изменение угла наклона челюстей относительно основания черепа

в) нарушение роста челюстей в сагиттальной плоскости

(недоразвитие челюстей)

г) нарушение роста челюстей в вертикальной плоскости

д) все вышеперечисленное

036. Следующее изменение может сочетаться

со скелетной формой аномалии прикуса

а) дистальное положение головок нижней челюсти

б) изменение формы зубных рядов

в) изменение окклюзионной плоскости

г) аномалия положения отдельных зубов

д) все вышеперечисленное

037. Ортодонтическим путем можно устранить

следующие нарушения зубочелюстной системы у взрослых

а) изменить положение верхней челюсти

б) изменить положение суставов относительно основания черепа

в) восстановить соответствие величин челюстей

г) изменить положение зуба или группы зубов

д) изменить угол нижней челюсти

038. У взрослого ортодонтическим путем можно устранить

а) неправильное положение зубов

б) приобретенную аномалию прикуса

в) приобретенную деформацию зубного ряда

г) приобретенное смещение нижней челюсти

д) все вышеперечисленное

039. При планировании лечения прогнатического прикуса

следует учитывать

а) патогенез аномалии

б) клиническую форму прогнатического прикуса

в) степень выраженности клинических проявлений

г) пространственное положение нижней челюсти

д) все вышеперечисленное

040. На выбор метода ортодонтического лечения прогнатического прикуса

влияет

а) возраст и общее состояние больного

б) осложняющие и сопутствующие заболевания

в) болезни пародонта, функциональная перегрузка

г) патологическая стираемость зубов,

деформация окклюзионной поверхности зубных рядов

д) все вышеперечисленное

041. Для деформирующего остеопароза характерным является

а) чрезмерное резцовое перекрытие

б) отсутствие части зубов

в) истончение головки, деформация суставного бугорка,

появление экзостозов

г) стирание сочлененных поверхностей

д) склерозирование сочлененных поверхностей

042. На функциональное состояние жевательных мышц влияет

а) количество сохранившихся зубов

б) состояние их пародонта

в) положение нижней челюсти

г) нарушение окклюзии

д) все вышеперечисленное

043. На силу сокращения жевательных мышц влияет

а) вторичный глубокий прикус

б) первичный глубокий прикус в сочетании с отсутствием части зубов

в) уменьшение площади окклюзионного контакта

г) травмирование слизистой оболочки при смыкании зубов

д) все вышеперечисленное

044. Ортодонтическими аппаратами у взрослых можно добиться

а) изменения роста челюстей

б) изменения положения верхней челюсти

в) расширения верхней челюсти

г) устранения неправильное положение зубов

д) изменения формы челюстей

045. Можно применить ортодонтическое лечение у взрослых с целью

а) коррекции соотношения зубных рядов

б) коррекции положения отдельных зубов

в) устранения мезиального положения нижней челюсти

г) устранения дистального положения нижней челюсти

д) всего вышеперечисленного

046. Для успешного лечения прогнатического прикуса имеет значение

а) состояние височно-нижнечелюстных суставов

и соотношение их элементов

б) изменение высоты лица в ее нижней трети

в) величина межальвеолярного расстояния

и межокклюзионного пространства

г) возраст и общее состояние больного

д) все вышеперечисленное

047. Основной задачей лечения аномалий прикуса является

а) создание режуще-бугоркового контакта во фронтальном отделе

б) исправление нарушений окклюзии

в) устранение причин травмы слизистой оболочки твердого неба

г) устранение функциональной перегрузки пародонта зубов

д) все вышеперечисленное

048. Следующую форму прогнатического прикуса

можно лечить ортодонтической аппаратурой

а) прогнатический прикус зубных рядов

б) обусловленный дистальным смещением нижней челюсти

в) прогнатический прикус, при котором сагиттальная щель

между верхними и нижними передними зубами не превышает 6 мм

г) приобретенный в результате потери зубов

д) все вышеперечисленное верно

049. При определении возможности лечения прогнатического прикуса

учитывается

а) возраст больного не более 45 лет

б) прогнатический прикус зубоальвеолярной формы

в) прогнатический прикус,

обусловленный дистальным смещением нижней челюсти

г) прогнатический прикус при наличии опоры

для ортодонтической аппаратуры

д) все вышеперечисленное

050. Основным принципом ортодонтического лечения

прогнатического прикуса у взрослых является

а) нормализация положения отдельных зубов

б) нормализация формы зубных рядов

в) перестройка вертикальных взаимоотношений передних зубов

г) изменение положения нижней челюсти в сагиттальном направлении

д) все вышеперечисленное верно

051. Укажите показания к протетическому лечению

больных с прогнатическим прикусом

а) скелетные формы аномалии

б) сочетание аномалии с отсутствием большого количества зубов

в) невозможность проведения ортодонтического лечения

г) отказ больного от хирургического вмешательства

д) все вышеперечисленное

052. Нормализация прикуса проводится с помощью протезов

а) при сочетании прикуса

с выраженным системным заболеванием пародонта

б) при отказе больного от ортодонтического лечения

в) при неэффективности ранее проведенного ортодонтического лечения

г) при генетических формах аномалии

д) при всем вышеперечисленном

053. Задачей протетического лечения прогнатического соотношения

зубных рядов является

а) устранение повреждения слизистой оболочки твердого неба

б) устраниение повреждения десневого края передних нижних зубов

в) уменьшение функциональной перегрузки пародонта зубов

г) нормализация окклюзии зубных рядов

д) все вышеперечисленное верно

054. Протетическим путем у больных с прогнатией можно

а) изменить положение нижней челюсти (по показаниям)

б) восстановить непрерывность зубного ряда

в) изменить межальвеолярную высоту

г) изменить высоту нижней трети лица

д) все вышеперечисленное

055. Фактором, определяющим методику протетического лечения

прогнатического прикуса, является

а) величина межальвеолярного расстояния

б) величина межокклюзионного расстояния

в) высота нижней трети лица

г) состояние пародонта зубов

д) все вышеперечисленное

056. При составлении плана протетического лечения прогнатического прикуса

учитывается

а) величина дефектов зубных рядов

б) топография дефектов

в) состояние пародонта зубов

г) состояние жевательных мышц

д) все вышеперечисленное верно

057. При сошлифовании передних зубов при глубоком резцовом перекрытии

преследуется цель -

а) создание трехпунктного контакта при движениях нижней челюсти

б) уменьшение перегрузки передних нижних зубов

в) уменьшение перегрузки передних верхних зубов

г) нормализация окклюзии

д) все вышеперечисленное

058. Показанием к депульпированию передних зубов при их сошлифовании

является

а) хронические верхушечные периодонтиты

б) аномалийное положение зуба, неблагоприятное для протезирования

в) необходимость значительного укорочения зубов

г) необходимость значительного сошлифовывания передней группы зубов

д) все вышеперечисленное

059. При повышении межальвеолярной высоты на протезах важно учитывать

а) величину свободного межокклюзионного пространства

б) предотвращение явлений бруксизма

в) равномерная окклюзионная нагрузка на зубы

г) предотвращение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

д) все вышеперечисленное верно

060. Применение съемного протеза с литым базисом показано

а) при глубоком резцовом перекрытии

б) при уменьшении межальвеолярной высоты

и не измененной высоте нижней трети лица

в) при сужении зубных рядов

г) при функциональной перегрузке зубов

д) при частых поломках протезов с пластмассовым базисом

061. Для эффективного протетического лечения

больных с прогеническим прикусом необходимо провести

следующее мероприятие

а) перед протезированием провести сошлифовывание бугорков и зубов

при неравномерной спраокклюзии

б) увеличение межальвеолярной высоты провести

с помощью накладок на естественные зубы

в) изменение межальвеолярной высоты контролировать

измерениями высоты нижней трети лица в состоянии покоя

г) обеспечить рентгенографический контроль

височно-нижнечелюстного сустава

д) все вышеперечисленное

062. При протетическом лечении прогнатического прикуса

целесообразно изготавливать съемные протезы, так как

а) на них легче поставить передние зубы

б) постановка максимально может быть приближена

к положению естественных зубов

в) съемный протез позволяет избежать перегрузки опорных зубов

г) на съемном протезе легче создать опору для нижних передних зубов

д) на съемном протезе легче провести коррекцию прикуса

063. При планировании ортодонтического лечения прогенического прикуса

следует учитывать

а) величину сагиттального межрезцового расстояния

б) положение передних зубов относительно основания челюстей

в) размеры апикального базиса верхней и нижней челюстей

г) положение верхней челюсти относительно основания

д) все вышеперечисленное

064. Укажите наиболее обоснованное действие при прогеническом прикусе,

характеризующимся протрузионным положением нижних зубов,

ретрузией верхних зубов, сагиттальным межрезцовым расстоянием 5 мм

а) перемещение в губном направлении только верхних зубов

б) перемещение язычно только нижних зубов

в) хирургическое лечение

г) сочетанная работа с верхней и нижней челюстью

д) повышение прикуса

065. При прогеническом прикусе, который характеризуется:

протрузией верхних передних зубов, ретрузией нижних,

сагиттальным межрезцовым расстоянием 10 мм, более обосновано

а) смещение вперед верхних зубов

б) смещение язычно нижних зубов

в) одновременное смещение верхних зубов в губном направлении,

нижних - в язычном

г) отказ врача от ортодонтического лечения

без телерентгенографического обследования

д) хирургическое лечение

066. Методом лечения, наиболее эффективным при дистальном положении

нижней челюсти относительно основания черепа, является

а) ретракция верхней челюсти

б) смещение зубов нижней челюсти

в) сочетанные с хирургическим, протетическим методами лечения

г) хирургическое вмешательство

д) удаление зубов на нижней челюсти

067. Методом лечения, наиболее эффективным при дистальном положении

верхней челюсти относительно основания черепа, является

а) ретракция верхней челюсти

б) смещение зубов нижней челюсти

в) изменение положения верхних зубов в сочетании с протезированием

г) хирургическое вмешательство

д) комплексные методы

068. Эффективным методом при лечении прогенического прикуса,

вызванного мезиальным смещением нижней челюсти, является

а) нормализация функции языка и глотания

б) устранение деформации зубных рядов

в) устранение преждевременных окклюзионных контактов

г) аппаратурное лечение

д) сочетание всех вышеперечисленных методов

069. Аппаратами, применимыми для лечения

мезиального смещения нижней челюсти, являются

а) аппарат Брюкля

б) направляющая коронка Катца

в) каппа с наклонной плоскостью

г) дуга Энгля

д) все вышеперечисленные аппараты

070. Первым действием при лечении прогенического прикуса

(мезиальное смещение нижней челюсти) будет

а) устранение деформации окклюзионной поверхности зубных рядов

б) нормализация функции языка и глотания

в) пришлифовывание зубов

г) аппаратурное лечение аномалии

д) протезирование

071. Какое лечение верхнечелюстной микрогнатии целесообразно применить

у взрослых?

а) сочетание компактотеотомии с аппаратурным

б) дуги с помощью дуг Энгля

в) с помощью пластинки с винтом

г) повышение прикуса

д) с помощью ретракционной пластинки

072. Показанием к протетическому лечению прогенического прикуса

у взрослых является

а) нижнечелюстная макрогнатия

при наличии противопоказаний к хирургическому лечению

б) верхнечелюстная микрогнатия

при невозможности ортодонтического лечения

в) отсутствие большого количества зубов

г) системное заболевание пародонта

д) все вышеперечисленное

073. Основной задачнй протетического лечения прогении является

а) улучшение внешнего вида больного

б) нормализация окклюзионных взаимоотношений

в) устранение функциональной перегрузки пародонта зубов

г) восстановление непрерывности зубного ряда

д) важно все вышеперечисленное

074. Особенностью, характерной при протезировании

больных с прогеническим прикусом, является

а) необходимость реконструкции высоты прикуса

б) сужение показаний к применению мостовидных протезов

в) возможность изготовления протезов с окклюзионными накладками

г) более объемные съемные и несъемные протезы

д) применение только съемных протезов

075. При планировании лечения глубокого прикуса следует учитывать

а) клиническую форму аномалии

б) патогенез

в) тяжесть клинических проявлений

г) взаимоотношение элементов височно-нижнечелюстного сустава

д) все вышеперечисленное

076. Для получения положительного результата лечения глубокого прикуса

важно учесть

а) пространственное положение нижней челюсти

б) высоту нижней трети лица

в) положение передних зубов

г) величину межальвеолярного расстояния

д) все вышеперечисленное

077. Тяжесть клинической картины аномалии прикуса особенно усугубляет

а) травматическая окклюзия

б) повышенная стираемость зубов

в) заболеваемость пародонта

г) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава

д) деформация окклюзионной поверхности

078. Основной задачей лечения больных с глубоким прикусом является

а) устранение функциональной перегрузки пародонта зубов

б) исправление нарушений окклюзии,

функции височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц

в) создание режуще-бугоркового контакта между передними зубами

г) восстановление непрерывности зубного ряда

д) улучшение внешнего вида больного

079. Основной задачей перестройки миотатических режимов по И.С.Рубинова

является

а) самостоятельное ортодонтическое лечение

б) функциональная перестройка нервно-рефлекторных связей

с последующим рациональным протезированием

в) морфологическая перестройка зубочелюстной системы

г) предотвращение рецидива аномалии

д) морфологическая перестройка в височно-нижнечелюстном суставе

080. Показанием к протетическому лечению глубокого прикуса является

а) скелетные формы аномалии,

не подлежащие ортодонтическому лечению

б) сочетание глубокого прикуса с потерей большого количества зубов

в) неэффективность ранее проведенного ортодонтического лечения

г) сочетание аномалии с выраженным системным заболеванием пародонта

д) все вышеперечисленное

081. Наиболее тяжелым осложнением при неправильном лечении

глубокого прикуса может быть

а) нарушение речи

б) чувство дискомфорта

в) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава

г) увеличение атрофии альвеолярных отростков

д) повреждение пародонта оставшихся зубов

082. Важным фактором в обосновании применения литого базиса

при протезировании больных с глубоким прикусом является

а) большая нагрузка на базис

вследствие неправильных окклюзионных взаимоотношений

б) нарушений речи

в) сочетание аномалии с заболеваниями пародонта

г) недостаток места для пластмассового базиса, возможность поломок его

д) сочетание аномалии с дефектами зубного ряда

083. Укажите преимущество литого базиса перед пластмассовым

а) более равномерное распределение жевательного давления

между опорными зубами и слизистой оболочкой протезного ложа

б) язычная металлическая пластинка предохраняет десневой край

от травмы пищевым комком

в) предохраняет краевой пародонт от повреждающего воздействия

г) металлический базис не вызывает (в отличие от пластмассового)

аллергических повреждений слизистой оболочки

д) все ли вышеперечисленное верно?

084. Какой формы металлический базис может быть применен

на верхнюю челюсть у больных с прогеническим прикусом

и отсутствием контактов в области боковых зубов?

а) в виде поперечной полоски

б) подковообразной формы

в) базис с окклюзионными накладками в области боковых зубов

г) в виде полной небной пластинки

д) в виде двух дуг

085. Показаниями к применению подковообразного металлического базиса

являются

а) повышенный рвотный рефлюкс

б) глубокий травмирующий прикус для создания опоры нижним зубам

в) выраженный торус костного неба

г) включенные дефекты во фронтальном участке

д) все вышеперечисленное

086. Решающим фактором при конструировании

опорно-удерживающих кламмеров в протезах

при прогнатическом прикусе является

а) путь введения протеза

б) положение средних линий

в) глубина удерживающей зоны

г) характер окклюзионных контактов

д) все вышеперечисленное

087. При применении металлического базиса учитывается

а) состояние пародонта

б) требование эстетики

в) наличие антагонистов

г) характер окклюзионных контактов

д) все вышеперечисленное

088. Основной задачей при комбинированном лечении

(ортодонтическое в сочетании с протезированием)

больных со скелетным глубоким прикусом и целостными зубными рядами

является

а) изменение положения передних зубов

б) изменение формы зубных рядов

в) перестройка вертикальных соотношений передних зубов

г) увеличение с помощью протезов межальвеолярной высоты

д) все вышеперечисленное

089. Основной задачей лечения больных

с глубоким (вторичным) снижающим прикусом является

а) восстановление нормального положения нижней челюсти

в сагиттальной и вертикальной плоскостях

б) реконструкция межальвеолярного расстояния

в) реконструкция высоты нижней трети лица

г) устранение функциональной перегрузки зубов

д) улучшение эстетики

090. Основной функцией капповой шины,

применяющейся при лечении вторичного глубокого прикуса,

сочетающимся с повышенной стираемостью, является

а) нормализация положения нижней челюсти

б) увеличение межальвеолярной высоты

в) устранение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

г) предотвращение дальнейшего стирания естественных зубов

д) устранение патологического прикуса

091. Основной ошибкой при лечении взрослых

с глубоким (вторичным) прикусом является

а) протезирование без предварительного устранения

глубокого травмирующего прикуса

б) расширение показаний к изготовлению мостовидных протезов

в) необоснованное мезиальное смещение нижней челюсти

г) повышение прикуса на мостовидных протезах

без предварительной подготовки

д) все вышеперечисленное

092. Наиболее эффективным методом лечения открытого прикуса является

а) лечение путем сошлифовывания контактирующих зубов

б) удаление контактирующих зубов

в) комбинированный: ортодонтический, хирургический, протетический

г) внедрение контактирующих зубов

д) перемещение контактирующих зубов

093. При планировании лечения перекрестного прикуса необходимо учитывать

а) положение смещенных зубов относительно альвеолярного отростка

б) положение боковых зубов и альвеолярного отростка

относительно срединно-сагиттальной плоскости

в) причину аномалии: сужение зубного ряда и челюсти

или чрезмерное развитие челюсти

г) степень вертикального перекрытия аномалийно расположенных зубов

д) все вышеперечисленное

094. При ортодонтическом лечении перекрестного прикуса у взрослых

можно добиться

а) расширения челюсти

б) перемещения альвеолярного отростка

в) торможения роста челюсти

г) перемещения зубов

д) изменения лицевого скелета

095. При лечении перекрестного прикуса у взрослых применимы

а) дуга Энгля

б) пластинка с винтом

в) пластинка с пружинящим отростком

г) капповый аппарат с винтом

д) все вышеперечисленное

096. Основным показанием к сочетанному

хирургическому и ортопедическому лечению аномалий прикуса является

а) ускорение ортодонтического лечения

б) скелетные формы аномалий

в) желание больного

г) аномалии, вызванные смещением нижней челюсти

д) аномалии, возникшие в результате потери части зубов

Раздел 5

ДЕФЕКТЫ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБОВ

001. К микропротезам относятся

а) вкладки

б) штифтовые вкладки

в) полукоронки и вкладки

г) интрадентальные и парапульпарные несъемные конструкции

д) все вышеперечисленные протезы

002. Вкладки могут быть

а) пластмассовые

б) фарфоровые

в) металлические

г) комбинированные

д) все вышеперечисленные

003. По классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку

к первому классу относятся

а) полости, располагающиеся в естественных фисурах жевательных зубов

б) полости на проксимальных поверхностях моляров и премоляров

в) полости на проксимальных поверхностях передних зубов

г) полости на проксимальных поверхностях и углах передних зубов

д) полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

004. Ко второму классу по классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку

относятся полости

а) располагающиеся на оральной, жевательной

и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров,

а также оральной стороне передних зубов

б) на жевательной проксимальной поверхностях моляров и премоляров

в) на проксимальных поверхностях передних зубов

г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов

д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

005. К третьему классу по классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку

относятся полости

а) располагающиеся на оральной, жевательной

и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров,

а также оральной стороне передних зубов

б) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров

в) на проксимальных поверхностях передних зубов

г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов

д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

006. К четвертому классу по классификации полостей коронок зубов

по Г.Блэку относятся полости

а) располагающиеся на оральной, жевательной

и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров,

а также оральной стороне передних зубов

б) на жевательных поверхностях моляров и премоляров

в) на проксимальных поверхностях передних зубов

г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов

д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

007. К пятому классу по классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку

относятся полости

а) располагающиеся на жевательных поверхностях моляров и премоляров,

а также оральной стороне передних зубов

б) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров

в) на проксимальных поверхностях передних зубов

г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов

д) все полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

008. При работе с твердыми тканями клыков с живой пульпой

особую осторожность следует проявлять

а) на верхушках бугров

б) в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности

в) на верхушках бугров и в пришеечной зоне

вестибулярной и оральной поверхности

г) на проксимальных поверхностях

009. При работе с твердыми тканями премоляров с живой пульпой

особую осторожность следует проявлять

а) на верхушках бугров

б) в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности

в) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности

г) на проксимальных поверхностях

д) на жевательной поверхности

010. При работе с твердыми тканями моляров с живой пульпой

особую осторожность следует появлять

а) на верхушках бугров

б) в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности

в) на верхушках бугров и в пришеечной зоне

вестибулярной и оральной поверхности

г) на проксимальных поверхностях

д) на жевательной поверхности

011. При подготовке полости зуба под вкладку делают фальц

а) на 1/3 толщины эмали

б) на 1/2 толщины эмали

в) на всю толщину эмали

г) в пределах эмали

д) в пределах твердых тканей,

отступив от пульповой камеры на 0.5-1.0 мм

012. При формировании дна полости для вкладки она должна быть

а) параллельна крыше пульповой камеры

б) повторять рельеф крыши пульповой камеры

в) под углом 5° к рогам пульпы

г) под углом 10° к рогам пульпы

д) под углом 15° к рогам пульпы

013. При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют под углом

а) 15°

б) 30°

в) 45°

г) 60°

д) 90°

014. При подготовке полости зуба под вкладку формируют фальц с целью

а) предупреждения смещения

б) исключения опрокидывающего момента

в) лучшей фиксации и прилегания

г) исключения сколов

д) исключения рассасывания цемента

015. При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют только

а) для вкладок из благородных металлов

б) для вкладок из неблагородных металлов

в) для металлических вкладок

г) для вкладок из высокопрочной пластмассы (изозит)

д) для вкладок из фарфора

016. Полукоронка может быть опорой только

а) металлокерамического мостовидного протеза

б) цельнометаллического мостовидного протеза

в) металлокрилового цельнолитого мостовидного протеза

г) паяного мостовидного протеза

д) всех перечисленных выше конструкций

017. Возможно ли применение полукоронок в качестве шин

при заболеваниях пародонта?

а) да

б) да, если пародонтит легкой и средней степени

в) да, только с предварительным депульпированием зубов

г) нет

018. Назначение корневой защитки штифтового зуба

а) без корневой защитки невозможно соединение штифта

с коронковой частью

б) исключает травму десневого края

в) предохраняет корень зуба от разрушения и способствует фиксации

г) уменьшает функциональную перегрузку,

являясь амортизирующим звеном в системе штифт-корень зуба

019. Нужно ли при изготовлении пластмассовых коронок

формировать уступ в пришеечной зоне?

а) да

б) да, но только на передней поверхности

в) да, если зуб депульпирован

г) нет

д) нет, если у пациента глубокий прикус

020. Пластмассовая коронка по отношению к десневому краю

должна располагаться

а) не доходить до десны на 0.5 мм

б) не доходить до десны на 1.0 мм

в) на уровне десны

г) под десной на 0.5 мм

д) под десной на 1.0 мм

021. Получить более точное воспроизведение

на модели зубных и около зубных тканей позволяет

а) стомальгин

б) эластик

в) акродент

г) сиэласт 69

д) сиэласт 05

022. Возможно ли изготовление 2-х цветной пластмассовой коронки?

а) нет

б) нет, так как коронку из пластмассы

готовят однократной полимеризацией

в) да

023. Возможно ли применение пластмассовых коронок при пародонтите?

а) нет

б) нет, так как усугубится течение

в) да

г) да, если процесс в стадии ремиссии

д) да, если край коронки не подводить под десну

024. Возможно ли изготовление пластмассовых мостовидных протезов?

а) да

б) да, если отсутствует один зуб

в) да, если отсутствует два зуба

г) да, если отсутствует три зуба

д) нет

025. Какие возможны ошибки и осложнения

при применении литых штифтовых вкладок?

а) перфорация стенки корня

б) недостаточная глубина штифта

в) раскол корня

г) расцементировка вкладки

д) все перечисленные выше моменты

026. Средняя длина корневого канала центрального резца нижней челюсти

составляет

а) 12.0 мм

б) 12.5 мм

в) 13.0 мм

г) 13.5 мм

д) 14.5 мм

027. Средняя длина корневого канала бокового резца нижней челюсти

составляет

а) 10.0 мм

б) 11.0 мм

в) 12.0 мм

г) 13.0 мм

д) 14.0 мм

028. Средняя длина корневого канала клыка нижней челюсти составляет

а) 15.0 мм

б) 16.0 мм

в) 16.5 мм

г) 17.0 мм

д) 17.5 мм

029. Средняя длина корневого канала центральных резцов нижней челюсти

составляет

а) 11.0 мм

б) 11.5 мм

в) 12.0 мм

г) 12.5 мм

д) 13.0 мм

030. Средняя длина корневого канала боковых резцов нижней челюсти

составляет

а) 13.0 мм

б) 13.5 мм

в) 14.0 мм

г) 14.5 мм

д) 15.0 мм

031. Средняя длина корневого канала клыков нижней челюсти составляет

а) 15.0 мм

б) 15.5 мм

в) 16.0 мм

г) 16.5 мм

д) 17.0 мм

032. Возможна ли фиксация фарфоровых коронок на временный цемент?

а) да

б) да, если это одиночная коронка

в) да, если у пациента нет бруксизма

г) да, если не более чем на 5-7 дней

д) нет

033. Для дисфункции височно-нижнечелюстного сустава характерно

а) боль в суставе

б) хруст и щелканье в суставе

в) смещение нижней челюсти

г) снижение высоты прикуса

д) все вышеперечисленные моменты

034. Возможно ли применение фарфоровых коронок

при патологической стираемости зубов?

а) нет

б) возможно

в) возможно, но после соответствующей подготовки

г) возможно только при I степени

д) возможно только при I и II степени

035. Фарфоровые коронки по сравнению с другими видами

несъемных протезов имеют следующие недостатки

а) сложность изготовления

б) дороговизна

в) необходимость глубокого препарирования твердых тканей

г) необходимость наличия дорогостоящего оборудования

д) все перечисленные выше моменты

036. Какой уступ нужно формировать в пришеечной зоне

при изготовлении фарфоровой коронки?

а) желобообразный

б) символ уступа

в) под углом 90°

г) под углом 135°

д) не нужно уступа

037. В качестве матрицы для изготовления колпачка применяется платина

а) так как это благородный металл

б) так как имеет минимально возможную толщину

в) так как достаточно жестка и не образует окислов

г) так как по химическим свойствам совместима с фарфором

д) так как имеет высокую температуру плавления

038. Толщина платиновой фольги,

применяемой для изготовления фарфоровых коронок, составляет

а) 0.25 мм

б) 0.025 мм

в) 0.075 мм

г) 0.1 мм

д) 0.50 мм

039. Показанием к применению литых штифтовых вкладок является

а) патологическая стираемость зубов

б) если зуб депульпирован более года тому назад

в) если зуб депульпирован более 3-х лет тому назад

г) если зуб депульпирован 5 и более лет тому назад

д) дефект коронковой части на 1/3 и более

040. Оптимальная длина штифта литой штифтовой вкладки составляет

а) 1/4 корня

б) 1/3 корня

в) 1/2 длины корня

г) 2/3 длины корня

д) на всю длину корня

041. Для изготовления вкладок возможно применение

а) пластмассы

б) благородных сплавов

в) неблагородных сплавов

г) всего вышеперечисленного

Раздел 6

ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ

001. Зубоальвеолярное удлинение чаще наблюдается

а) на верхней челюсти

б) на нижней челюсти

в) на обеих челюстях одинаково

г) преимущественно во фронтальной группе зубов

д) преимущественно в группе боковых зубов

002. При использовании метода последовательной дезокклюзии

при частичном отсутствии зубов,

осложненном зубочелюстными деформациями,

дезокклюзия между антагонирующими и естественными зубами

должна составлять не более

а) 1 мм

б) 2 мм

в) 3 мм

г) 4 мм

д) 5 мм

003. Оптимальное расположение дистальной окклюзионной лапки

опорно-удерживающего кламмера на зубе

а) горизонтальное

б) под углом 5-10° к горизонтали

в) под углом 10-15° к горизонтали

г) под углом 15-20° к горизонтали

д) под углом 20-25° к горизонтали

004. В бюгельных протезах, замещающих концевые дефекты,

используют кламмеры

а) Ней №1

б) Ней №2

в) Ней №3

г) Ней №4

д) Ней №5

005. В бюгельных протезах, замещающих включенные дефекты,

рекомендуется использовать кламмеры

а) Ней №1

б) Ней №2

в) Ней №3

г) Ней №4

д) Ней №5

006. При наклоне опорного зуба в оральную или вестибулярную сторону

в бюгельных протезах рекомендуется использовать кламмеры

а) Ней №1

б) Ней №2

в) Ней №3

г) Ней №4

д) Ней №5

007. При медиальном наклоне опорного зуба в бюгельном протезе

рекомендуется использовать кламмеры

а) Ней №1

б) Ней №2

в) Ней №3

г) Ней №4

д) Ней №5

008. При низких конвергированных молярах

рекомендуется использовать в бюгельных протезах кламмеры

а) Ней №1

б) Ней №2

в) Ней №3

г) Ней №4

д) Ней №5

009. Наиболее эффективно использовать в качестве антиопрокидывателя

в бюгельном протезе

а) отростки базиса протеза

б) пальцевые отростки

в) многозвеньевые кламмеры

г) непрерывные кламмеры

д) передние небные дуги

010. При лечении двусторонних концевых дефектов нижней челюсти

бюгельными протезами, когда беззубая часть альвеолярного отростка

имеет скат, направленный в дистальную сторону,

рекомендуется использовать

а) опорно-удерживающие кламмеры

б) многозвеньевые кламмеры

в) непрерывные кламмеры

г) дробители нагрузки

д) антиопрокидыватели

011. При лечении двусторонних концевых дефектов нижней челюсти

бюгельными протезами, когда беззубая часть альвеолярного гребня

имеет скат, направленный в мезиальную сторону,

рекомендуется использовать

а) опорно-удерживающие кламмеры

б) многозвеньевые кламмеры

в) непрерывные кламмеры

г) дробители нагрузки

д) антиопрокидыватели

012. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза

при дефектах зубных рядов I-А класса по Кеннеди

а) переднее

б) среднее

в) заднее

г) переднесреднее

д) среднезаднее

013. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза

при дефектах зубных рядов III класса по Кеннеди

а) переднее

б) среднее

в) заднее

г) переднесреднее

д) заднесреднее

014. Если необходимо увеличить жесткость небной дуги, то увеличивают размер

а) в толщину

б) в ширину

в) в толщину и ширину

г) больше в ширину

д) больше в толщину

015. Отношение небной дуги к слизистой оболочке твердого неба

а) касательное

б) не касается на 0.5-1 мм

в) не касается на 1-1.5 мм

г) не касается на 1.5-2 мм

д) не касается на 2-2.5 мм

016. При значительном наклоне фронтального участка

альвеолярного отростка нижней челюсти кпереди применяют

а) лингвальную дугу

б) вестибулярную дугу

в) лингвальную пластинку

г) модифицированный непрерывный кламмер

д) вестибулярную дугу с модифицированным непрерывным кламмером

017. При маленьком пространстве между дном полости рта и десневым краем

в бюгельном протезе применяют

а) лингвальную дугу

б) вестибулярную дугу

в) лингвальную пластинку

г) модифицированный непрерывный кламмер

д) вестибулярную дугу и модифицированный непрерывный кламмер

018. Расположение каркаса седла бюгельного протеза

а) на вершине альвеолярного гребня

б) на оральном скате альвеолярного гребня

в) на вестибулярном скате альвеолярного гребня

г) на оральном скате и вершине альвеолярного гребня

д) на вестибулярном скате и вершине альвеолярного гребня

019. Длина каркаса седла бюгельного протеза на верхней челюсти

а) до 1/3 длины базиса протеза

б) до 1/2 длины базиса протеза

в) до бугров верхней челюсти

г) на всю длину базиса

д) на 2/3 базиса протеза

020. Длина каркаса седла бюгельного протеза на нижней челюсти

а) до 1/4 длины базиса протеза

б) до 1/3 длины базиса протеза

в) до 1/2 длины базиса протеза

г) до 2/3 длины базиса протеза

д) на всю длину базиса протеза

021. В бюгельных протезах при концевых седлах

искусственные зубы устанавливаются

а) на всю длину базиса

б) на 1/3 длины базиса протеза

в) на 1/2 длины базиса протеза

г) на 2/3 длины базиса протеза

д) на 3/4 длины базиса протеза

022. У паяных золотых протезов в сравнении со стальными

а) выше гальванизм и выше твердость

б) выше гальванизм, но ниже твердость

в) ниже гальванизм, но выше твердость

г) ниже гальванизм и ниже твердость

023. У металлокерамических протезов

в сравнении с цельнолитыми металлопластмассовыми

а) выше стираемость и выше цветостойкость

б) выше стираемость, но ниже цветостойкость

в) ниже стираемость и ниже цветостойкость

г) ниже стираемость, но выше цветостойкость

024. У металлокерамических протезов

в сравнении с цельнолитыми металлопластмассовыми

а) выше гигроскопичность и выше прочность

б) выше гигроскопичность, но ниже прочность

в) ниже гигроскопичность и ниже прочность

г) ниже гигроскопичность, но выше прочность

025. У металлокерамических протезов

по сравнению с паянными с пластмассовой облицовкой

а) выше эстетика и выше прочность

б) выше эстетика, но ниже прочность

в) ниже эстетика и ниже прочность

г) ниже эстетика, но выше прочность

026. У мостовидного протеза по сравнению с бюгельным

а) выше нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу

б) выше нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу

в) ниже нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу

г) ниже нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу

027. Толщина плеча кламмера Аккера у основания

а) 0.5±0.2 мм

б) 0.8±0.2 мм

в) 1.0±0.2 мм

г) 1.2±0.4 мм

д) 1.8±0.4 мм

028. Толщина плеча кламмера Аккера у окончания

а) 0.5±0.1 мм

б) 0.6±0.1 мм

в) 0.9±0.1 мм

г) 1.0±0.1 мм

д) 1.2±0.1 мм

029. Толщина окклюзионной накладки (лапки) у основания

а) не менее 0.5 мм

б) не менее 0.8 мм

в) не менее 1.0 мм

г) не менее 2.5 мм

д) не менее 4.0 мм

030. Толщина окклюзионной накладки (лапки) у окончания

а) не менее 0.1 мм

б) не менее 0.2 мм

в) не менее 0.3 мм

г) не менее 0.4 мм

д) не менее 1.0 мм

031. Ширина верхней задней дуги

а) 3.0±2.0 мм

б) 4.0±2.0 мм

в) 5.0±2.0 мм

г) 6.0±2.0 мм

д) 8.0±2.0 мм

032. Ширина верхней передней дуги

а) 6.0±2.0 мм

б) 7.0±2.0 мм

в) 8.0±2.0 мм

г) 9.0±2.0 мм

д) 10.0±2.0 мм

033. Ширина нижней дуги

а) 2.5±1.0 мм

б) 3.0±1.0 мм

в) 3.5±1.0 мм

г) 4.0±1.0 мм

д) 5.0±1.0 мм

034. Толщина верхней задней дуги

а) 1.3±0.2 мм

б) 1.4±0.2 мм

в) 1.5±0.2 мм

г) 1.6±0.2 мм

д) 1.7±0.2 мм

035. Ширина верхней передней дуги

а) 0.3±0.1 мм

б) 0.4±0.1 мм

в) 0.5±0.1 мм

г) 0.6±0.1 мм

д) 0.7±0.1 мм

036. Толщина нижней дуги

а) 0.5±0.1 мм

б) 1.0±0.1 мм

в) 1.5±0.1 мм

г) 2.0±0.1 мм

д) 2.5±0.1 мм

037. Толщина небной пластинки

а) 1.5±0.2 мм

б) 1.0±0.2 мм

в) 0.8±0.3 мм

г) 0.4±0.2 мм

д) 0.2±0.2 мм

038. Толщина язычной пластинки у зубного ряда

а) 1.5±0.1 мм

б) 1.0±0.1 мм

в) 0.8±0.1 мм

г) 0.5±0.1 мм

д) 0.3±0.1 мм

039. Толщина язычной пластинки у нижнего края

а) 2.5±0.1 мм

б) 2.0±0.1 мм

в) 1.5±0.1 мм

г) 1.0±0.1 мм

д) 0.9±0.1 мм

040. Ширина ограничителя базиса

а) 2.0±2.0 мм

б) 3.0±2.0 мм

в) 4.0±2.0 мм

г) 5.0±2.0 мм

д) 6.0±2.0 мм

041. Толщина ограничителя базиса

а) 5.0±0.2 мм

б) 4.0±0.2 мм

в) 3.0±0.2 мм

г) 2.0±0.2 мм

д) 1.0±0.2 мм

042. Величина зазора между каркасом седла бюгельного протеза

и слизистой оболочкой альвеолярного отростка

а) нет зазора

б) 0.2 мм

в) 0.5 мм

г) 1.0 мм

д) не менее 1.5 мм

043. Величина зазора между слизистой оболочкой неба

и верхней передней дугой

а) нет зазора

б) не более 0.1 мм

в) не более 0.3 мм

г) не более 0.5 мм

д) не более 0.8 мм

044. Вестибулярное расположение дуги в бюгельном протезе

для нижней челюсти обусловлено следующим положением

фронтальных зубов нижней челюсти

а) выраженной протрузией фронтальных зубов верхней челюсти

б) выраженной протрузией фронтальных зубов нижней челюсти

в) вертикальным положением продольных осей

нижних фронтальных зубов

г) желанием пациента

д) высоким альвеолярным отростком нижней челюсти

045. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и небной пластинкой

а) не более 0.8 мм

б) не более 0.5 мм

в) не более 0.4 мм

г) не более 0.3 мм

д) нет зазора

046. Величина зазора между слизистой оболочкой неба

и ответвлениями бюгеля верхней челюсти

а) не более 0.7 мм

б) не более 0.5 мм

в) не более 0.3 мм

г) не более 0.2 мм

д) нет зазора

047. Величина зазора между слизистой оболочкой

и удлиненным плечом кламмера Роуча

а) нет зазора

б) 0.1 мм

в) от 0.2 до 0.6 мм

г) от 0.6 до 0.8 мм

д) от 0.8 до 1 мм

048. Величина зазора между слизистой оболочкой

и усиливающим ответвлением кольцевидного кламмера

а) нет зазора

б) 0.1 мм

в) от 0.2 до 0.6 мм

г) от 0.6 до 0.8 мм

д) от 0.8 до 1 мм

049. Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка

и ответвлением для Кипмайдера

а) нет зазора

б) 0.2 мм

в) от 1.0 до 1.5 мм

г) 0.4 мм

д) от 0.5 до 1.0 мм

050. Кипмайдер - это

а) шинирующее устройство

б) фиксирующее устройство

в) антиопрокидывающее устройство

г) эстетическое приспособление

д) декоративный элемент

051. Толщина удлиняющего плеча (стержня) кламмера Роуча у окончания

а) 0.4 мм

б) 0.6 мм

в) 0.8 мм

г) 1.0 мм

д) 1.2 мм

052. Ширина плеча кольцевидного кламмера у основания

а) 2.0±0.5 мм

б) 1.5±0.5 мм

в) 1.0±0.5 мм

г) 0.5±0.5 мм

д) 0.3±0.2 мм

053. Толщина плеча кольцевидного кламмера у основания

а) 0.8±0.2 мм

б) 1.0±0.2 мм

в) 1.2±0.2 мм

г) 1.4±0.2 мм

д) 1.6±0.2 мм

054. Толщина плеча кольцевидного кламмера у основания

а) 1.2±0.1 мм

б) 1.0±0.1 мм

в) 0.8±0.1 мм

г) 0.6±0.1 мм

д) 0.4±0.1 мм

055. Ширина кламмера заднего действия (одноплечевого) у основания

а) 0.5±0.5 мм

б) 1.0±0.5 мм

в) 1.5±0.5 мм

г) 2.0±0.5 мм

д) 2.5±0.5 мм

056. Ширина кламмера заднего действия (одноплечевого) у окончания

а) 0.4±0.2 мм

б) 0.6±0.2 мм

в) 0.8±0.2 мм

г) 1.0±0.2 мм

д) 1.2±0.2 мм

057. Толщина кламмера заднего действия (одноплечевого) у окончания

а) 0.6±0.2 мм

б) 0.8±0.2 мм

в) 1.0±0.2 мм

г) 1.2±0.2 мм

д) 1.4±0.2 мм

058. Толщина кламмера заднего действия (одноплечевого) у окончания

а) 1.2±0.1 мм

б) 1.0±0.1 мм

в) 0.8±0.1 мм

г) 0.6±0.1 мм

д) 0.4±0.1 мм

059. Существует ... основных типов наклона модели на столике параллелометра

а) 2 типа

б) 3 типа

в) 4 типа

г) 5 типов

д) 6 типов

060. Цоколь рабочей модели для конструирования опирающегося протеза

должен быть высотой

а) 1 мм

б) 15 мм

в) 30 мм

г) 40 мм

д) 50 мм

061. На цоколь рабочей модели для параллелометрии

наносят следующие линии

а) обзора

б) экватора зуба

в) продольной оси зуба

г) десневого края

д) жевательной поверхности

062. Наиболее важной линией

при расположении элементов в опорноудерживающем кламмере является

а) продольная ось зуба

б) линия анатомического экватора

в) линия вертикали

г) контрольная линия

д) линия десневого края

063. Общую линию, проведенную по коронковой части зубов

на рабочей модели при параллелографии, принято называть

а) линией поднутрения

б) линией анатомического экватора

в) линией обзора

г) линией десневого края

д) линией жевательной поверхности и режущей поверхности

064. Сколько типов контрольных линий Вы знаете?

а) 2 типа

б) 3 типа

в) 4 типа

г) 5 типов

д) 6 типов

065. Контрольной линией называют

а) часть продольной оси зуба

б) часть линии десневого края

в) часть линии экватора

г) часть линии жевательной поверхности

д) часть линии обзора, проходящей на коронке зуба

066. Часть коронковой поверхности зуба,

расположенной между контрольной линией

и жевательной (режущей) поверхностью зуба, называют

а) зоной поднутрения

б) окклюзионной зоной

в) ретенционной зоной

г) зоной безопасности

д) кламмерной зоной

067. Часть коронковой поверхности зуба,

расположенной между контрольной линий и десневым краем, называют

а) зоной поднутрения

б) окклюзионной зоной

в) ретенционной зоной

г) зоной безопасности

д) кламмерной зоной

068. Пространство, расположенное между боковой поверхностью коронки зуба,

альвеолярным отростком и вертикалью параллелографа

при заданном наклоне модели называется

а) зоной поднутрения

б) окклюзионной зоной

в) ретенционной зоной

г) зоной безопасности

д) кламмерной зоной

069. Опорная и охватывающая опорноудерживающего кламмера располагается

а) в зоне поднутрения

б) в окклюзионной зоне

в) в ретенционной зоне

г) в зоне безопасности

д) в кламмерной зоне

070. Часть опорноудерживающего кламмера,

обеспечивающая стабильность бюгеля от вертикальных смещений,

располагается

а) в зоне поднутрения

б) в окклюзионной зоне

в) в ретенционной зоне

г) в зоне безопасности

д) в кламмерной зоне

071. Плечо кламмера Аккера должно иметь

а) прямую форму

б) клиновидную форму

в) саблевидную форму

г) серповидную форму

д) кольцевидную форму

072. Место расположения окклюзионной лапки кламмера должно иметь

а) плоскую форму

б) форму ласточкина хвоста

в) форму полусферы

г) форму квадрата

д) ложечкообразную форму

073. На одиночностоящий клык применяется кламмер

а) Аккера

б) Роуча

в) Бонвиля

г) Свенсена

д) кольцевидный

074. На одиночностоящий моляр применяется кламмер

а) Аккера

б) Роуча

в) Бонвиля

г) Свенсена

д) кольцевидный

075. На боковых зубах применяется кламмер

а) Аккера

б) Роуча

в) Бонвиля

г) Свенсена

д) кольцевидный

076. Место расположения фиксирующей части плеча кламмера определяется

с помощью

а) аналитического стержня

б) графитового стержня

в) указательного стержня

г) фиксирующего стержня

д) измерителя степени ретенции

077. Отливка каркаса бюгельного протеза производится на моделе

а) диагностической

б) рабочей

в) дублированной

г) огнеупорной

д) супергипсовой

078. После окончания параллелографии рабочую модель необходимо

а) снять со столика

б) изолировать зоны поднутрения

в) обрезать цоколь

г) снять нанесенные линии на цоколе

д) пропитать водой

079. На какой модели техник моделирует каркас цельнолитого протеза?

а) диагностической

б) рабочей

в) дублированной гипсовой

г) дублированной супергипсовой

д) дублированной огнеупорной

080. Для получения огнеупорной модели необходимо сделать

а) параллелометрию рабочей модели

б) параллелографию рабочей модели

в) изолировать зоны поднутрения рабочей модели

г) дублировать рабочую модель

д) пропитать водой рабочую модель

081. Дублирование модели делают с помощью

а) альгинатного материала

б) силиконового материала

в) гидроколлоидного материала

г) термопластического материала

д) эвгеполоксидцинкового материала

082. Для получения огнеупорной модели необходимо иметь

а) этилсиликат

б) корунд

в) силамин

г) маршалит

д) супергипс

083. Огнеупорную модель упрочняют

а) пропиткой водой

б) высушиванием

в) прокаливанием

г) нанесением изоляционного лака

д) пропиткой расплавленным парафином

084. Для изготовления цельнолитного каркаса опирающегося протеза

широко применяются следующие современные отечественные сплавы

а) нержавеющая сталь

б) сплав золота

в) хром-никелевый сплав

г) хром-кобальтовый сплав

д) серебряно-палладиевый сплав

085. Высокую точность изготовления обеспечивает

следующий метод изготовления каркасов бюгельного протеза

а) паяный

б) цельнолитый

в) смешанный

г) сочетание цельнолитого каркаса и гнутых плеч кламмера

д) сочетание паяного каркаса и гнутых плеч кламмера

086. Следующие протезы целесообразно изготовить

при лейкоплакии и красном плоском лишае

а) бюгельные протезы с опорно-удерживающими кламмерами

б) съемные пластиночные протезы с кламмерами по Кемени

в) протезы с опорно-удерживающими кламмерами

с последующим нанесением слоя серебра

087. При хронической заеде целесообразно изготовить

а) протезы с использованием пластмассовых искусственных зубов

б) протеза с использованием фарфоровых зубов

в) протезы, изготавливаемые с учетом

восстановления высоты нижнего отдела лица

088. Для пародонтита характерно,

что явления деструкции костной ткани захватывают

а) тело челюсти

б) лишь альвеолярный отросток челюсти

в) альвеолярный отросток и тело челюсти

089. Метод исследования пульсовых колебаний кровенаполнения

сосудов пародонта, основанный на графической регистрации,

изменений полного электрического сопротивления тканей пародонта,

называется

а) ортопантографией

б) реопарадонтографией

в) электромиографией

г) фотоплетизмографией

д) гнатодинамометрией

Раздел 7

ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ

001. Наиболее информативными методами обследования

больных с полной потерей зубов являются

а) клинический

б) рентгенологический

в) биометрический

г) анализ фотографий

д) все вышеперечисленное вместе

002. Используя функциональные двигательные пробы, можно выявить

а) смещение нижней челюсти

б) функциональные отклонения в мышцах

в) функциональные отклонения в височно-нижнечелюстных суставах

г) миосуставной дисфункциональный синдром

д) все вышеперечисленное

003. С помощью речевых проб и двигательных функций можно определить

а) соотношение челюстей до потери зубов

б) величину вертикального перекрытия зубов

в) оптимальную высоту нижней трети лица

г) величину межокклюзионного промежутка покоя

д) все вышеперечисленное

004. При рентгенологическом обследовании больных с полной потерей зубов

следует обратить внимание

а) на наличие кисты

б) на оценку опорных свойств протезного ложа

в) на наличие остатков корней, секвестров

г) на возможность прогноза устойчивости кости

к атрофическим процессам

д) на все вышеперечисленное

005. Пользование неудовлетворительным протезом может вызвать

а) смещение нижней челюсти

б) уменьшение межальвеолярной высоты

в) изменение характера сокращений мышц

(жевательных, мимических, языка)

г) изменение окклюзионного положения нижней челюсти

д) все вышеперечисленное

006. При решении вопроса об удалении одного оставшегося зуба

необходимо учитывать

а) возможность лучшей фиксации протеза

б) сохранение межальвеолярной высоты

в) перестройку нервно-рефлекторной регуляции и функции

г) определение центрального соотношения челюстей

д) все ли вышеперечисленное верно?

007. Положительным при использовании сохраненного корня зуба является

а) возможность использования корня зуба в качестве опоры

для съемного протеза (аттачмены, магниты и т.д.)

б) передача жевательного давления через сохранившийся корень

в) увеличение жевательной эффективности протеза

г) замедление атрофии альвеолярного отростка

д) все вышеперечисленное

008. У больных с полной потерей зубов применим

следующий метод хирургической подготовки

а) устранение тяжей, перемещение уздечек

б) альвеолэктомия

в) углубление преддверия полости рта

г) субпериостальная имплантация

д) все вышеперечисленное по показаниям

009. Основной задачей при подготовке больных к повторному протезированию

является

а) нормализация соотношения челюстей и межальвеолярной высоты

б) профилактика артропатий

в) повышение эффективности жевания

г) удовлетворение эстетических запросов

д) восстановление функции речи

010. При конструировании полных протезов следует учитывать

а) состояние тканей протезного ложа

б) дифференцированное распределение давления базиса

на подлежащие ткани

в) тщательное формирование клапанной зоны

г) площадь протезного ложа

д) все вышеперечисленное

011. Опорные свойства протезного ложа можно связать

а) со степенью атрофии кости челюсти

б) с площадью протезного ложа

в) с состоянием подслизистого слоя

г) с воздействием жевательных и мимических мышц на протез

д) со всем вышеперечисленным

012. Для протезирования наиболее благоприятна

а) плотная слизистая оболочка

б) тонкая слизистая оболочка

в) рыхлая, податливая слизистая оболочка

г) подвижная слизистая оболочка

д) сочетание тонкой слизистой оболочки с подвижной

013. Какая форма альвеолярного отростка наиболее благоприятна

для протезирования?

а) отлогая

б) отвесная

в) с навесами

г) с резко выраженными буграми

д) с неравномерной атрофией

014. Наиболее целесообразной тактикой

при наличии торуса средней выраженности является

а) хирургическое вмешательство

б) дифференциальный оттиск

в) изоляция торуса

г) укорочение протеза

д) моделировка базиса протеза с обходом торуса

015. Для предупреждения травмы резцового сосочка необходимо предпринимать

а) моделирование базиса с обходом сосочка

б) хирургическое иссечение его

в) оттиск с дифференцированным давлением

г) изоляция его на модели

д) выпиливание базиса протеза в области сосочка

016. При формировании дистального края полного верхнего протеза

следует учитывать

а) костные контуры дистального края твердого неба

б) структурные элементы тканей слизисто-железистой зоны

в) форму ската мягкого неба

г) направление ската мягкого неба и глотки

д) все вышеперечисленное

017. Наиболее благоприятнам типом атрофии нижней челюсти

для изготовления протеза является

а) выраженная равномерная атрофия альвеолярного отростка

б) незначительная равномерная атрофия альвеолярных отростков

в) выраженная атрофия альвеолярного отростка в боковых отделах

при относительной сохранности в переднем отделе

г) выраженная атрофия в переднем отделе

д) неравномерная выраженная атрофия

018. Тщательное формирование границ протезного ложа необходимо

а) при наличии узкого, острого альвеолярного гребня

б) при резком сужении безмышечных пространств

в) при расположении подбородочных отверстий

выше гребня альвеолярных отростков

г) при наличии подвижной слизистой в боковых участках челюсти

д) при всем вышеперечисленном

019. Наибольшее влияние на удержание протеза оказывает

а) круговая мышца рта

б) подбородочная мышца

в) мышцы, опускающие угол рта

г) мышцы, поднимающие угол рта и верхнюю губу

д) все вышеперечисленные

020. Смягчить отрицательное воздействие мышц (жевательных и мимических)

на стабилизацию протеза может

а) соединительно-тканные прослойки переходных складок

б) жировая клетчатка в переходных складках

в) сосуды

г) внутритканевая жидкость

д) все вышеперечисленное

021. Следует уделить особое внимание формированию

части нижнечелюстного протеза

а) в области преддверия полости рта

б) в подъязычной области

в) в позадимолярной области

г) в позадиальвеолярной области

д) их значение равноценно

022. Целесообразно применять декомпенсированный оттиск

с беззубых челюстей

а) при наличии резкой атрофии альвеолярного отростка

б) при повышенной чувствительности слизистой оболочки

в) при равномерно податливой слизистой оболочке протезного ложа

г) при истонченной слизистой оболочке

д) все вышеперечисленное верно

023. Какой способ разгрузки протезного ложа можно применять?

а) декомпенсированные оттиски

б) сужение окклюзионной поверхности зубов

в) постановка зубов с низкими буграми

г) использование эластичных пластмасс

д) все вышеперечисленные

024. Метод функционального оформления краев оттиска используется

а) для создания клапанной зоны

б) для создания формы вестибулярного края оттиска

с учетом функции мимических мышц

в) для получения оптимальной толщины и формы краев оттиска

с учетом эстетических требований

г) для получения оптимальной толщины и формы краев оттиска

с учетом фонетических требований

д) все вышеперечисленное верно

025. Укажите признак уменьшенной высоты нижней трети лица

а) сниженный тонус жевательных мышц

б) уменьшение силы сокращения жевательных мышц

в) дисфункция височно-нижнечелюстных суставов

г) появление заед в углах рта

д) все вышеперечисленное

026. Укажите признак увеличения высоты нижней трети лица

а) увеличение тонуса жевательных мышц

б) увеличение силы их сокращения

в) болезненные ощущения в мышцах

г) больной испытывает чрезмерное давление

на костную основу протезного ложа

д) все вышеперечисленное

027. При определении центрального соотношения челюстей следует учитывать

а) оптимальную высоту нижнего отдела лица

б) равномерное и одновременное сокращение

жевательных мышц на обеих сторонах

в) определенное положение суставных головок в суставных ямках

г) определенное положение нижней челюсти

по отношению к верхней челюсти, лицевому и мозговому черепу

д) совокупность всех вышеперечисленных признаков

028. Положение покоя нижней челюсти определяет

а) тонус жевательных мимических мышц

б) миостатические рефлексы

в) эластичность и упругость слизистой оболочки

г) проприоцептивная информация о положении нижней челюсти

д) совокупность всех вышеперечисленных факторов

029. Для правильного определения положения нижней челюсти

по отношению к верхней важна

а) подготовка гипсовых моделей челюстей

б) определение высоты нижнего отдела лица

в) определение и формирование окклюзионной плоскости

г) фиксация центрального положения челюстей

д) совокупность всего вышеперечисленного

030. Применять жесткие базисы целесообразно

а) при значительной атрофии беззубых челюстей

б) при получении оттиска под контролем жевательного давления

в) при применении внутриротовой регистрации центральной окклюзии

г) при использовании фонетических проб для постановки зубов

д) во всех вышеперечисленных случаях

031. Метод определения высоты нижнего отдела лица,

который дает наилучший эстетический и функциональный эффект, - это

а) антропометрический метод

б) с помощью циркуля золотого сечения

в) с помощью фонетических и глотательных проб

г) ориентация на высоту нижней трети лица

в состоянии покоя нижней челюсти

д) на основании изучения фотографий больного

032. На величину межокклюзионного промежутка влияет

а) положение головы

б) дыхание

в) общее мышечное напряжение

г) парафункции мышц челюстно-лицевой области

д) все вышеперечисленное

033. При постановке передних зубов следует учитывать

а) тип губы

б) межальвеолярную высоту

в) величину межокклюзионного промежутка

г) угол межальвеолярный

д) все вышеперечисленное

034. Наиболее индивидуальным является

метод формирования окклюзионной плоскости

а) по носоушной и зрачковой горизонтали

б) по методу Паунда

в) с помощью аппарата Ларина

г) с помощью внутриротовой записи движений нижней челюсти

д) с помощью внеротовой записи движения нижней челюсти

035. Тактика врача при протезировании больных

с привычным "передним" положением нижней челюсти

а) зафиксировать среднее (между привычным передним и задним)

положение нижней челюсти

б) постановку фронтальных зубов провести

с минимальным перекрытием нижних зубов

в) поставить искусственные зубы с плоскими буграми

г) пришлифовать зубы для обеспечения большей свободы

движений нижней челюсти

д) все вышеперечисленное

036. При подборе искусственных зубов следует учитывать

а) форму лица

б) форму зубной дуги

в) форму головы

г) возраст и пол пациента

д) все вышеперечисленное

037. При протезировании больных с полной адентией необходимо решить

а) как укрепить протезы на беззубой челюсти

б) как восстановить пропорции лица

в) как восстановить функцию жевания

г) как восстановить фонетическую функцию

д) как восстановить пищеварительную функцию

е) правильные ответы а),б),в),г)

ж) правильные ответы а),в)

з) правильные ответы а),б),в),г),д)

и) правильные ответы а),б),д

038. Укажите фактор, который следует учитывать

при конструировании фонетически эффективного протеза

а) постановку искусственных зубов

б) форму вестибулярной и оральной поверхности базиса протеза

в) учет межальвеолярной высоты

г) уровень расположения окклюзионной поверхности

д) совокупность вышеперечисленных факторов

039. Палатография дает информацию

а) о положении языка при определенной форме

б) о положении губ

в) о взаимодействии языка, губ с зубами

г) можно с помощью палатограммы определить

изменение этих взаимодействий в связи

с потерей зубов и протезированием

д) все вышеперечисленное верно

040. Произношение фонемы "С" дает информацию

а) об оптимальном сагиттальном соотношении

передних верхних и нижних зубов

б) о степени вертикального перекрытия

нижних зубов верхними (или наоборот)

в) о выявлении аномалийного соотношения челюстей

г) о выявлении привычки прокладывания языка между зубами

д) все вышеперечисленное верно

041. При постановке зубов на верхней челюсти важен

следующий ориентир

а) эстетический центр лица

б) резцовый сосочек верхней челюсти

в) линия клыков

г) межальвеолярные линии улыбки

д) все вышеперечисленное

042. При постановке зубов на беззубой нижней челюсти

можно использовать такой ориентир

а) альвеолярный отросток

б) треугольник Паунда

в) величина угла пересечения межальвеолярной линии

с окклюзионной плоскостью

г) челюстно-подъязычная линия

д) все вышеперечисленное

043. Показаниями для применения метода объемного моделирования базиса

(метод функционального отпечатка) являются

а) парафункция языка и губ

б) прогеническое соотношение челюстей

в) прогнатическое соотношение челюстей

г) значительная атрофия альвеолярных отростков и челюстей

д) все вышеперечисленные

044. Анализ акта глотания позволяет правильно сформировать

уровень окклюзионной поверхности.

Характерным признаком для нормального глотания является

а) губы слегка сомкнуты

б) зубы сомкнуты

в) круговая мышца не напряжена

г) кончик языка упирается в передний участок неба

и небную поверхность передних верхних зубов

д) все вышеперечисленное

045. Определите показания к анатомической постановке зубов (по Гизи)

а) ортогнатическое соотношение зубных рядов со всеми его признаками

б) незначительная атрофия альвеолярных отростков

в) наличие легко определяемого центрального соотношения челюстей

г) преобладание вертикальных движений нижней челюсти

д) все вышеперечисленное

046. Какое преимущество имеет методика внутриротовой пришлифовки

окклюзионных валиков (А.Катц, З.Гельфанд, А.Сапожников, М.Нападов)?

а) индивидуальность оформления окклюзионной плоскости

б) возможность более точного воспроизведения резцового пути

в) возможность более точного определения соотношения челюстей

г) возможность более точного воспроизведения суставного пути

д) индивидуальность постановки зубов

047. Укажите фактор, определяющий успех адаптации больного к протезу

а) качество протезов

б) реактивность организма

в) тип высшей нервной деятельности пациента

г) психологическая подготовка пациента к протезированию

д) важны все вышеперечисленные факторы

048. Для эффективной речевой адаптации

при ортопедическом лечении больных важно учесть

а) функциональные особенности языка

б) функциональную характеристику жевательных и мимических мышц

в) характер взаимодействия активных органов речевой артикуляции

с протезом

г) конструкционные особенности

д) важно все вышеперечисленное

049. Лабораторная перебазировка протезов необходима

а) при недостаточной фиксации съемных протезов

б) при изменении формы альвеолярного отростка

после непосредственного протезирования

в) при незначительном снижении высоты нижней трети лица

г) при необходимости уточнения прилегания базиса к протезному ложу

д) все вышеперечисленное

050. Применение эластичной пластмассы целесообразно

а) при протезировании в ранние (после удаления) сроки

б) при очень резкой атрофии альвеолярных отростков

в) для изготовления временных лечебных и непосредственных протезов

г) для облегчения адаптации к съемным протезам пожилых людей

д) все вышеперечисленное

051. Причиной повышенного рвотного рефлюкса может быть

а) неплотное прилегание протеза в дистальных отделах

б) удлиненный дистальный край протеза

в) недостаточная изоляция торуса

г) неравномерное смыкание зубных рядов, сужение зубных рядов

д) все вышеперечисленное

052. Металлические базисы применяются

а) у больных с бруксизмом

б) у лиц с мощной жевательной мускулатурой

в) при частых поломках пластмассового базиса

г) при непереносимости пластмассы

д) все вышеперечисленное верно

053. Suppli предложил классификацию

а) слепочных материалов

б) методов получения слепков

в) формы скатов альвеолярных гребней

г) типов слизистой оболочки рта

д) беззубой верхней челюсти

е) беззубой нижней челюсти

054. На верхней челюсти с вестибулярной стороны граница протеза

должна покрывать

а) пассивно подвижную слизистую оболочку

б) активно подвижную слизистую оболочку

в) неподвижную слизистую оболочку

г) правильные ответы а) и б)

д) правильные ответы а),б),в)

е) правильные ответы б),в)

ж) правильные ответы а),в)

055. Для анатомических слепков применяют слепочные массы

а) термопластические

б) альгинатные

в) гипс

г) силиконовые

д) акриловые пластмассы

е) все вышеперечисленные

ж) правильные ответы а),б),в),г)

з) правильные ответы а),б),в)

и) правильные ответы а),в)

к) все перечисленное, кроме гипса

056. Понятие "пятерка Ганау" включает

а) наклон суставного пути

б) резцовое перекрытие

в) сагиттальные и трансверзальные кривые

г) наклон протетической плоскости

д) высоту бугорков зубов

е) высоту зубов

ж) форму зубов

з) цвет зубов

и) правильные ответы а),б),в),г),д)

к) правильные ответы а),б),г),д),е)

л) правильные ответы а),г),е),ж),з)

057. В.Ю.Курляндский различает три фазы адаптации к зубным протезам

а) возбуждение, раздражение, состояние комфорта

б) возбуждение, раздражение, торможение

в) раздражение, частичное торможение, полное торможение

058. Мягкие подкладки съемных пластиночных протезов показаны

а) при сухой малоподатливой слизистой оболочке

б) при гипертрофированной слизистой оболочке

в) при "болтающемся" альвеолярном гребне

г) при повышенном рвотном рефлексе

д) правильные ответы а),б),в),г)

е) правильные ответы а),в)

059. При полной адентии головка нижней челюсти смещается

а) вперед

б) вниз

в) влево

г) вправо

д) лингвально

е) кзади и вверх

060. Задний край протеза верхней челюсти при полной адентии

а) должен перекрывать линию "А" на 1-2 мм

б) не должен доходить до линии "А" на 5 мм

в) должен оканчиваться на линии "А"

Раздел 8

БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА

001. Зубоальвеолярное удлинение чаще наблюдается

а) на верхней челюсти

б) на нижней челюсти

в) на обеих челюстях одинаково

г) преимущественно во фронтальной группе зубов

д) преимущественно в группе боковых зубов

002. При использовании метода последовательной дезокклюзии

при частичном отсутствии зубов,

осложненном зубочелюстными деформациями,

дезокклюзия между антагонирующими и естественными зубами

должна составлять не более

а) 1 мм

б) 2 мм

в) 3 мм

г) 4 мм

д) 5 мм

003. Положение линии обзора при проведении параллелометрии зависит

а) от анатомической формы зубов

б) от степени наклона зубов

в) от степени зубочелюстной деформации

г) от степени наклона модели

д) от методики параллелометрии

004. Глубина ретенционной зоны зуба при проведении параллелометрии зависит

а) от анатомической формы зубов

б) от степени выраженности экватора

в) от степени зубочелюстной деформации

г) от степени наклона модели

д) от методики параллелометрии

005. Оптимальное расположение дистальной окклюзионной лапки

опорно-удерживающего кламмера на зубе

а) горизонтальное

б) под углом 5-10° к горизонтали

в) под углом 10-15° к горизонтали

г) под углом 15-20° к горизонтали

д) под углом 20-25° к горизонтали

006. В бюгельных протезах замещающих концевые дефекты

используют кламмеры

а) Ней №1

б) Ней №2

в) Ней №3

г) Ней №4

д) Ней №5

007. В бюгельных протезах, замещающих включенные дефекты,

рекомендуется использовать кламмеры

а) Ней №1

б) Ней №2

в) Ней №3

г) Ней №4

д) Ней №5

008. При наклоне опорного зуба в оральную или вестибулярную сторону

в бюгельных протезах рекомендуется использовать кламмеры

а) Ней №1

б) Ней №2

в) Ней №3

г) Ней №4

д) Ней №5

009. При медиальном наклоне опорного зуба в бюгельном протезе

рекомендуется использовать кламмеры

а) Ней №1

б) Ней №2

в) Ней №3

г) Ней №4

д) Ней №5

010. При низких конвергированных молярах рекомендуется использовать

в бюгельных протезах кламмеры

а) Ней №1

б) Ней №2

в) Ней №3

г) Ней №4

д) Ней №5

011. Наиболее эффективно использовать

в качестве антиопрокидывателя в бюгельном протезе

а) отростки базиса протеза

б) пальцевые отростки

в) многозвеньевые кламмеры

г) непрерывные кламмеры

д) передние небные дуги

012. При лечении двусторонних концевых дефектов нижней челюсти

бюгельными протезами, когда беззубая часть альвеолярного отростка

имеет скат, направленный в дистальную сторону,

рекомендуется использовать

а) опорно-удерживающие кламмеры

б) многозвеньевые кламмеры

в) непрерывные кламмеры

г) дробители нагрузки

д) антиопрокидыватели

013. При лечении двусторонних концевых дефектов нижней челюсти

бюгельными протезами, когда беззубая часть альвеолярного гребня

имеет скат, направленный в мезиальную сторону,

рекомендуется использовать

а) опорно-удерживающие кламмеры

б) многозвеньевые кламмеры

в) непрерывные кламмеры

г) дробители нагрузки

д) антиопрокидыватели

014. Укажите последовательность планирования элементов бюгельного протеза

а) уточнение выбора опорных,

ретенционных и стабилизирующих элементов

б) планирование соединяющей дуги и каркасов базиса протеза

в) планирование базисов протеза

г) планирование непрямых удерживателей (антиопрокидывателей):

1) 1,2,3,4; 2) 3,1,2,4; 3) 3,2,1,4; 4) 2,3,1,4

д) правильные ответы а),б),в),г)

015. На верхней челюсти при высоком и среднем высоты

альвеолярном отростке граница базиса бюгельного протеза

проходит с оральной стороны

а) на уровне перехода альвеолярного отростка в твердое небо

б) на уровне середины альвеолярного отростка

в) на уровне ската альвеолярного гребня

г) покрывает часть твердого неба

д) покрывает значительную часть неба

016. На нижней челюсти при высоком и среднем высоты

альвеолярном отростке дистальная граница базиса бюгельного протеза

при концевых седлах проходит

а) впереди альвеолярного слизистого бугорка

б) по альвеолярному слизистому бугорку

в) позади альвеолярного слизистого бугорка

г) на середине слизистого бугорка

д) значительно перекрывает бугорок

017. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза

при дефектах I-А класса по Кеннеди

а) переднее

б) среднее

в) заднее

г) переднесреднее

д) среднезаднее

018. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза

при дефектах зубных рядов III класса по Кеннеди

а) переднее

б) среднее

в) заднее

г) переднесреднее

д) среднезаднее

019. Если необходимо увеличить жесткость небной дуги, то увеличивают размер

а) в толщину

б) в ширину

в) в толщину и ширину

г) больше в ширину

д) больше в толщину

020. Отношение небной дуги к слизистой оболочке твердого неба

а) касательное

б) не касается на 0.5-1 мм

в) не касается на 1-1.5 мм

г) не касается на 1.5-2 мм

д) не касается на 2-2.5 мм

021. Типичное расположение лигвальной дуги бюгельного протеза

а) выше экватора альвеолярного отростка

б) на уровне экватора альвеолярного отростка

в) ниже экватора альвеолярного отростка

г) значительно выше экватора альвеолярного отростка

д) значительно ниже экватора альвеолярного отростка

022. При значительном наклоне фронтального участка альвеолярного отростка

нижней челюсти кпереди применяют

а) лингвальную дугу

б) вестибулярную дугу

в) лингвальную пластинку

г) модифицированный непрерывный кламмер

д) вестибулярную дугу с модифицированным непрерывным кламмером

023. При маленьком пространстве между дном полости рта и десневым краем

в бюгельном протезе применяют

а) лингвальную дугу

б) вестибулярную дугу

в) лингвальную пластинку

г) модифицированный непрерывный кламмер

д) вестибулярную дугу и модифицированный непрерывный кламмер

024. Расположение каркаса седла бюгельного протеза

а) на вершине альвеолярного гребня

б) на оральном скате альвеолярного гребня

в) на вестибулярном скате альвеолярного гребня

г) на оральном скате и вершине альвеолярного гребня

д) на вестибулярном скате и вершине альвеолярного гребня

025. Длина каркаса седла бюгельного протеза на верхней челюсти

а) до 1/3 длины базиса протеза

б) до 1/2 длины базиса протеза

в) до бугров верхней челюсти

г) на всю длину базиса

д) на 2/3 базиса протеза

026. Длина каркаса седла бюгельного протеза на нижней челюсти

а) до 1/4 длины базиса протеза

б) до 1/3 длины базиса протеза

в) до 1/2 длины базиса протеза

г) до 2/3 длины базиса протеза

д) на всю длину базиса протеза

027. В бюгельных протезах при концевых седлах искусственные зубы

устанавливаются

а) на всю длину базиса

б) на 1/3 длины базиса протеза

в) на 1/2 длины базиса протеза

г) на 2/3 длины базиса протеза

д) на 3/4 длины базиса протеза

028. Укажтите главный критерий выбора опорного зуба

под опорно-удерживающий кламмер

а) устойчивость зуба

б) выраженность анатомического экватора

в) высота клинической коронки

г) поражение твердых тканей зубов

д) отсутствие периапикального воспаления

029. Наиболее выгодно направление кламмерной линии

а) трансверзальное

б) сагиттальное

в) диагональное

г) все вышеперечисленное

д) трансверзально-сагиттальное

030. Укажите основной элемент бюгельного протеза

а) дуга

б) седло с искусственными зубами

в) опорно-удерживающий кламмер

г) многозвеньевой кламмер

д) кипмайдер

031. Для изготовления цельнолитого бюгельного протеза верхней челюсти

при IV классе дефектов по Кеннеди достаточно сделать

а) анатомический оттиск

б) функциональный оттиск

в) дифференцированный оттиск

г) дифференцированно-комбинированный оттиск

д) произвольный оттиск

032. При изготовлении цельнолитого бюгельного протеза

при I классе протяженного дефекта нижней челюсти достаточно сделать

а) анатомический оттиск

б) функциональный оттиск

в) дифференцированный оттиск

г) дифференцированно-комбинированный оттиск

д) произвольный оттиск

033. Для изготовления бюгельного протеза при II классе протяженного дефекта

на нижней челюсти нужно сделать

а) анатомический оттиск

б) функциональный оттиск

в) дифференцированный оттиск

г) дифференцированно-комбинированный оттиск

д) произвольный оттиск

033. Для изготовления бюгельного протеза верхней челюсти

при III классе дефекта зубного ряда по Кеннеди нужно сделать

а) анатомический оттиск

б) функциональный оттиск

в) дифференцированный оттиск

г) дифференцированно-комбинированный оттиск

д) произвольный оттиск

035. Укажите место преимущественного расположения дуги на верхней челюсти

а) передняя треть твердого неба

б) задняя треть средней трети твердого неба

в) передняя треть задней трети твердого неба

г) средняя треть задней трети твердого неба

д) задняя треть задней трети твердого неба

036. Изменение традиционного месторасположения дуги на верхней челюсти

обусловливает

а) желание пациента

б) форма твердого неба

в) выраженный тонус шов твердого неба

г) топография дефекта зубного ряда

д) эстетические требования

037. Наиболее полно отражает качественную характеристику передачи

жевательной нагрузки бюгельного протеза

а) съемный протез

б) скелетный протез

в) бюгельный протез

г) полуфизиологический протез

д) опирающийся протез

038. Толщина плеча кламмера Аккера у основания

а) 0.5±0.2 мм

б) 0.8±0.2 мм

в) 1.0±0.2 мм

г) 1.2±0.4 мм

д) 1.8±0.4 мм

039. Толщина плеча кламмера Аккера у окончания

а) 0.5±0.1 мм

б) 0.6±0.1 мм

в) 0.9±0.1 мм

г) 1.0±0.1 мм

д) 1.2±0.1 мм

040. Толщина окклюзионной накладки (лапки) у основания

а) не менее 0.5 мм

б) не менее 0.8 мм

в) не менее 1.0 мм

г) не менее 2.5 мм

д) не менее 4.0 мм

041. Толщина окклюзионной накладки (лапки) у окончания

а) не менее 0.1 мм

б) не менее 0.2 мм

в) не менее 0.3 мм

г) не менее 0.4 мм

д) не менее 1.0 мм

042. Ширина верхней задней дуги

а) 3.0±2.0 мм

б) 4.0±2.0 мм

в) 5.0±2.0 мм

г) 6.0±2.0 мм

д) 8.0±2.0 мм

043. Ширина верхней передней дуги

а) 6.0±2.0 мм

б) 7.0±2.0 мм

в) 8.0±2.0 мм

г) 9.0±2.0 мм

д) 10.0±2.0 мм

044. Ширина нижней дуги

а) 2.5±1.0 мм

б) 3.0±1.0 мм

в) 3.5±1.0 мм

г) 4.0±1.0 мм

д) 5.0±1.0 мм

045. Толщина верхней задней дуги

а) 1.3±0.2 мм

б) 1.4±0.2 мм

в) 1.5±0.2 мм

г) 1.6±0.2 мм

д) 1.7±0.2 мм

046. Ширина верхней передней дуги

а) 0.3±0.1 мм

б) 0.4±0.1 мм

в) 0.5±0.1 мм

г) 0.6±0.1 мм

д) 0.7±0.1 мм

047. Толщина нижней дуги

а) 0.5±0.1 мм

б) 1.0±0.1 мм

в) 1.5±0.1 мм

г) 2.0±0.1 мм

д) 2.5±0.1 мм

048. Толщина небной пластинки

а) 1.5±0.2 мм

б) 1.0±0.2 мм

в) 0.8±0.3 мм

г) 0.4±0.2 мм

д) 0.2±0.2 мм

049. Толщина язычной пластинки у зубного ряда

а) 1.5±0.1 мм

б) 1.0±0.1 мм

в) 0.8±0.1 мм

г) 0.5±0.1 мм

д) 0.3±0.1 мм

050. Толщина язычной пластинки у нижнего края

а) 2.5±0.1 мм

б) 2.0±0.1 мм

в) 1.5±0.1 мм

г) 1.0±0.1 мм

д) 0.9±0.1 мм

051. Ширина ограничителя базиса

а) 2.0±2.0 мм

б) 3.0±2.0 мм

в) 4.0±2.0 мм

г) 5.0±2.0 мм

д) 6.0±2.0 мм

052. Толщина ограничителя базиса

а) 5.0±0.2 мм

б) 4.0±0.2 мм

в) 3.0±0.2 мм

г) 2.0±0.2 мм

д) 1.0±0.2 мм

053. Толщина амбразурного зацепного крючка

а) 3.0±0.1 мм

б) 2.0±0.1 мм

в) 1.0±0.1 мм

г) 0.5±0.1 мм

д) 0.3±0.1 мм

054. Толщина амбразурного зацепного крючка

а) 0.3±0.1 мм

б) 0.4±0.1 мм

в) 0.5±0.1 мм

г) 0.6±1.5 мм

д) 0.7±0.1 мм

055. Величина зазора между каркасом седла бюгельного протеза

и слизистой оболочкой альвеолярного отростка

а) нет зазора

б) 0.2 мм

в) 0.5 мм

г) 1.0 мм

д) не менее 1.5 мм

056. Величина зазора между каркасом бюгельного протеза

в месторасположении соединений и слизистой оболочки полости рта

а) нет зазора

б) не менее 0.3 мм

в) не менее 0.5 мм

г) не менее 1.0 мм

д) не более 1.0 мм

057. Величина зазора между слизистой оболочкой неба

и верхней передней дугой

а) нет зазора

б) не более 0.1 мм

в) не более 0.3 мм

г) не более 0.5 мм

д) не более 0.8 мм

058. Каким положением фронтальных зубов нижней челюсти обусловлено

вестибулярное расположение дуги в бюгельном протезе

для нижней челюсти?

а) выраженной протрузией фронтальных зубов верхней челюсти

б) выраженной протрузией фронтальных зубов нижней челюсти

в) вертикальным положением продольных осей

нижних фронтальных зубов

г) желанием пациента

д) высоким альвеолярным отростком нижней челюсти

059. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и небной пластинкой

а) не более 0.8 мм

б) не более 0.5 мм

в) не более 0.4 мм

г) не более 0.3 мм

д) нет зазора

060. Величина зазора между слизистой оболочкой неба

и ответвлениями бюгеля верхней челюсти

а) не более 0.7 мм

б) не более 0.5 мм

в) не более 0.3 мм

г) не более 0.2 мм

д) нет зазора

061. Величина зазора между слизистой оболочкой неба

и верхней задней дугой при I классификации дефекта

а) 0.6 мм

б) 0.5 мм

в) 0.3 мм

г) 0.2 мм

д) нет зазора

062. Величина зазора между слизистой оболочкой

и удлиненным плечом кламмера Роуча

а) нет зазора

б) 0.1 мм

в) от 0.2 до 0.6 мм

г) от 0.6 до 0.8 мм

д) от 0.8 до 1 мм

063. Величина зазора между слизистой оболочкой

и усиливающим ответвлением кольцевидного кламмера

а) нет зазора

б) 0.1 мм

в) от 0.2 до 0.6 мм

г) от 0.6 до 0.8 мм

д) от 0.8 до 1 мм

064. Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка

и язычной пластинкой бюгельного протеза

а) нет зазора

б) 0.2 мм

в) 0.4 мм

г) от 0.5 до 1.0 мм

д) от 1.0 до 1.5 мм

065. Величина зазора между слизистой оболочкой

альвеолярного отростка и дугой нижнего бюгеля

а) нет зазора

б) 0.2 мм

в) 0.4 мм

г) от 0.5 до 1.0 мм

д) от 1.0 до 1.5 мм

066. Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка

и ответвлением нижнего бюгеля

а) нет зазора

б) 0.2 мм

в) 0.4 мм

г) от 0.5 до 1.0 мм

д) от 1.0 до 1.5 мм

067. Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка

и ответвлением для Кипмайдера

а) нет зазора

б) 0.2 мм

в) от 1.0 до 1.5 мм

г) 0.4 мм

д) от 0.5 до 1.0 мм

068. Кипмайдер - это

а) шинирующее устройство

б) фиксирующее устройство

в) антиопрокидывающее устройство

г) эстетическое приспособление

д) декоративный элемент

069. Ширина плеча у основания Т-образного кламмера Роуча?

а) 0.5 мм

б) 0.8 мм

в) 1.0 мм

г) 1.5 мм

д) 1.8 мм

070. Ширина Т-образного плеча кламмера Роуча у окончания

а) 0.4 мм

б) 0.6 мм

в) 0.8 мм

г) 1.0 мм

д) 1.2 мм

071. Ширина удлиняющего плеча (стержня) кламмера Роуча у основания

а) 2.0 мм

б) 1.8 мм

в) 1.6 мм

г) 1.4 мм

д) 1.2 мм

072. Ширина удлиняющего плеча (стержня) кламмера Роуча у окончания

а) 2.0 мм

б) 1.8 мм

в) 1.6 мм

г) 1.4 мм

д) 1.1 мм

073. Толщина удлиняющего плеча (стержня) кламмера Роуча у основания

а) 1.0 мм

б) 1.2 мм

в) 1.4 мм

г) 1.6 мм

д) 1.8 мм

074. Толщина удлиняющего плеча (стержня) кламмера Роуча у окончания

а) 0.4 мм

б) 0.6 мм

в) 0.8 мм

г) 1.0 мм

д) 1.2 мм

075. Ширина плеча кольцевидного кламмера у основания

а) 2.0±0.5 мм

б) 1.5±0.5 мм

в) 1.0±0.5 мм

г) 0.5±0.5 мм

д) 0.3±0.2 мм

076. Толщина плеча кольцевидного кламмера у основания

а) 0.8±0.2 мм

б) 1.0±0.2 мм

в) 1.2±0.2 мм

г) 1.4±0.2 мм

д) 1.6±0.2 мм

077. Толщина плеча кольцевидного кламмера у окончания

а) 1.2±0.1 мм

б) 1.0±0.1 мм

в) 0.8±0.1 мм

г) 0.6±0.1 мм

д) 0.4±0.1 мм

078. Ширина кламмера заднего действия (одноплечевого) у основания

а) 0.5±0.5 мм

б) 1.0±0.5 мм

в) 1.5±0.5 мм

г) 2.0±0.5 мм

д) 2.5±0.5 мм

079. Ширина кламмера заднего действия (одноплечевого) у окончания

а) 0.4±0.2 мм

б) 0.6±0.2 мм

в) 0.8±0.2 мм

г) 1.0±0.2 мм

д) 1.2±0.2 мм

080. Толщина кламмера заднего действия (одноплечевого) у основания

а) 0.6±0.2 мм

б) 0.8±0.2 мм

в) 1.0±0.2 мм

г) 1.2±0.2 мм

д) 1.4±0.2 мм

081. Толщина кламмера заднего действия (одноплечевого) у окончания

а) 1.2±0.1 мм

б) 1.0±0.1 мм

в) 0.8±0.1 мм

г) 0.6±0.1 мм

д) 0.4±0.1 мм

082. Универсальность прибора отражает термин -

а) параллелометр

б) параллелограф

в) параллелизатор

г) аналитический разметчик

д) бюгелеразметчик

083. Сколько основных типов наклона модели на столике параллелометра

Вы знаете?

а) 2 типа

б) 3 типа

в) 4 типа

г) 5 типов

д) 6 типов

084. Цоколь рабочей модели для конструирования опирающегося протеза

должен быть высотой

а) 1 мм

б) 15 мм

в) 30 мм

г) 40 мм

д) 50 мм

085. На цоколь рабочей модели для параллелометрии наносят линии

а) обзора

б) экватора зуба

в) продольной оси зуба

г) десневого края

д) жевательной поверхности

086. Наиболее важной линией при расположении элементов

в опорноудерживающем кламмере является

а) продольная ось зуба

б) линия анатомического экватора

в) линия вертикали

г) контрольная линия

д) линия десневого края

087. Общую линию, проведенную по коронковой части зубов

на рабочей модели при параллелографии, принято называть

а) линия поднутрения

б) линия анатомического экватора

в) линия обзора

г) линия десневого края

д) линия жевательной поверхности и режущей поверхности

088. Часть коронковой поверхности зуба,

расположенной между контрольной линией

и жевательной (режущей) поверхностью зуба, принято называть

а) зоной поднутрения

б) окклюзионной зоной

в) ретенционной зоной

г) зоной безопасности

д) кламмерной зоной

089. Часть коронковой поверхности зуба,

расположенной между контрольной линией и десневым краем, называется

а) зоной поднутрения

б) окклюзионной зоной

в) ретенционной зоной

г) зоной безопасности

д) кламмерной зоной

090. Пространство, расположенное между боковой поверхностью зуба,

альвеолярным отростком и вертикалью параллелографа

при заданном наклоне модели называется

а) зоной поднутрения

б) окклюзионной зоной

в) ретенционной зоной

г) зоной безопасности

д) кламмерной зоной

091. Опорная и охватывающая опорноудерживающего кламмера располагается

а) в зоне поднутрения

б) в окклюзионной зоне

в) в ретенционной зоне

г) в зоне безопасности

д) в кламмерной зоне

092. Часть опорноудерживающего кламмера,

обеспечивающая стабильность бюгеля от вертикальных смещений,

располагается

а) в зоне поднутрения

б) в окклюзионной зоне

в) в ретенционной зоне

г) в зоне безопасности

д) в кламмерной зоне

093. Плечо кламмера Аккера должно иметь форму

а) прямую

б) клиновидную

в) саблевидную

г) серповидную

д) кольцевидную

094. Место расположения окклюзионной лапки кламмера должно иметь

а) плоскую форму

б) форму ласточкиного хвоста

в) форму полусферы

г) форму квадрата

д) ложечкообразную форму

095. На одностоящий моляр применяется кламмер

а) Аккера

б) Роуча

в) Бонвиля

г) Свенсена

д) кольцевидный

096. На боковых зубах применяется кламмер

а) Аккера

б) Роуча

в) Бонвиля

г) Свенсена

д) кольцевидный

097. Место расположения фиксирующей части плеча кламмера определяется

с помощью следующего штатного стержня параллелометра

а) аналитического стержня

б) графитового стержня

в) указательного стержня

г) фиксирующего стержня

д) измерителя степени ретенции

098. Техник моделирует каркас цельнолитого бюгельного протеза

на следующей модели

а) диагностической

б) рабочей

в) дублированной гипсовой

г) огнеупорной супергипсовой

д) дублированной огнеупорной

099. Для получения огнеупорной модели необходимо сделать

а) параллелометрию рабочей модели

б) параллелографию рабочей модели

в) изолировать зоны поднутрения рабочей модели

г) дублировать рабочую модель

д) пропитать водой рабочую модель

100. Дублирование модели делают с помощью

а) альгинатного материала

б) силиконового материала

в) гидроколлоидного материала

г) термопластического материала

д) эвгенолоксицинкового материала

101. Для получения огнеупорной модели необходимо иметь

а) этилсиликат

б) корунд

в) силамин

г) маршалит

д) супергипс

102. Выберите метод стабилизации (лечения) развившейся стадии

очагового пародонтита с распространением

на всю фронтальную группу зубов

а) фронтальная стабилизация

б) сагиттальная стабилизация

в) парасагиттальная стабилизация

г) фронтосагиттальная стабилизация

д) стабилизация по дуге

103. Какой из современных отечественных сплавов широко применяется

для изготовления цельнолитого каркаса бюгельного протеза?

а) нержавеющая сталь

б) сплав золота

в) хром-никелевый сплав

г) хром-кобальтовый сплав

д) серебряно-палладиевый сплав

104. Укажите метод ортопедического лечения очагового пародонтита

центрального резца верхней челюсти (развившаяся стадия)

а) интердентальная шина В.Н.Копейкина

б) шина Мамлока

в) шина Эльбрехта

г) шина из четырех цельнолитых

(металлокерамических, металлоакриловых) коронок

д) экваторные коронки в сочетании со съемной шиной,

состоящей из бюгеля и опорно-удерживающих кламмеров

Раздел 9

ТРАВМЫ И ДЕФЕКТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. Причинами возникновения дефектов верхней челюсти являются

а) результат воспалительного процесса челюстно-лицевой области

б) травматические повреждения и оперативные вмешательства

челюстно-лицевой области

в) результат лучевой терапии

г) врожденные дефекты

д) все вышеперечисленное верно

002. Для дефекта, возникшего в результате лучевой терапии, характерны

а) разнообразная локализация дефекта

б) резкие рубцовые изменения в пораженной области

в) изменение в цвете тканей окружающих дефект

г) все вышеперечисленное верно

003. Укажите аппараты, относящиеся к группе репонирующего типа действия

а) шина Ванкевича

б) шина Порта

в) проволочная шина-скоба

004. Укажите аппараты,

относящиеся к группе внутриротовых назубных фиксирующих

а) проволочные шины по Тигерштадту

б) шина Вебера

в) шина Порта

005. Характерные особенности дефектов челюстно-лицевой области

после Хейло- и уранопластики

а) разнообразное расположение дефектов мягких тканей

б) значительная деформация

в) значительные рубцовые изменения

г) нарушения речи

д) все вышеперечисленное верно

006. Укажите причины, приводящие к неправильно сросшимся переломам

а) неправильное сопоставление отломков

б) недостаточная фиксация отломков

в) нарушение гигиены полости рта

г) применение лечебной гимнастики

007. Укажите причины формирования ложного сустава

а) поздняя, неэффективная иммобилизация отломков

б) неправильное сопоставление костных фрагментов

в) остеомиелит

г) интерпозиция

д) раннее протезирование

е) все вышеперечисленные

ж) правильные ответы а),в),г),д)

з) правильные ответы а),в),г)

и) правильные ответы а),в),д)

к) правильные ответы а),б),в)

008. Функциональными нарушениями,

наблюдаемыми при стомоназальных дефектах (приобретенных), являются

а) нарушение окклюзии

б) нарушение формирования пищевого комка

в) нарушение речи

г) нарушение глотания

д) все вышеперечисленное верно

009. При ложном суставе съемный протез изготавливается

а) с одним базисом

б) с двумя фрагментами и подвижной фиксацией между ними

в) с металлическим базисом

010. Особенности снятия слепков

при стомоназальных дефектах (приобретенных)

а) необходимость тампонирования дефекта

б) сегментарное снятие оттиска

в) снятие оттиска разборной ложкой

г) снятие оттиска без тампонады дефекта

д) снятие оттиска индивидуальной ложкой

011. При изготовлении верхне-челюстного обтурирующего протеза

при наличии непрерывного зубного ряда

на сохранившемся участке верхней челюсти

наиболее применимы следующие фиксирующие элементы

а) фиксирующие кламмеры

б) телескопические коронки

в) балочная (штанговая) система фиксации

г) опорно-удерживающие кламмеры

д) все вышеперечисленное верно

012. Наиболее применимыми методами фиксации

при сочетанных дефектах верхней челюсти и лица являются

а) сочетанная система с очковой оправой

б) применение магнитных элементов

в) использование эластичной пластмассы

г) специальная хирургическая подготовка

д) все вышеперечисленное верно

013. При обширных дефектах челюстей и одиночном зубе

на сохранившемся участке челюсти

наиболее применимы следующие фиксирующие элементы

а) фиксирующие кламмеры

б) магнитные элементы

в) телескопические коронки

г) использование эластичной массы

д) использование пружинных элементов

014. Конструкция обтурирующей части протеза

при срединном дефекте костного неба следующая

а) на базе нет обтурирующей части

б) обтуратор высоко входит в полость носа

в) обтуратор полый

г) на базисе вокруг дефекта создан небольшой валик

д) обтуратор возвышается над базисом на 2-3 мм

015. Контрактура нижней челюсти бывает

а) костная

б) рефлекторно-мышечная

в) рубцовая

г) все перечисленное

д) правильные ответы б) и в)

е) правильные ответы а) и в)

ж) правильные ответы а) и б)

016. Более целесообразной конструкцией обтуратора

при полном отсутствии верхней челюсти является

а) обтуратор полый, воздухоносный

б) обтуратор массивный, монолитный

в) обтуратор изготовлен в виде тонкой пластинки

г) разнообразная конструкция обтуратора

д) плавающий обтуратор

017. Конструкцией обтурирующей части при дефекте задней трети костного

и мягкого неба (больные с детского возраста пользовались обтуратором)

является

а) монолитное соединение обтурирующей части с базисом протеза

б) раздельное изготовление обтуратора и зубного протеза

в) обтуратор имеет подвижное соединение с базисом протеза

г) обтуратор массивный, воздухоносный

д) обтуратор массивный, монолитный

018. Наиболее рациональными методами формирования

обтурирующей части протеза являются

а) на модели восковыми композициями

б) в полости рта функциональное формирование обтурирующей части

с помощью термопластических масс на готовом протезе

в) в полости рта на жестком базисе (термопластмассами)

г) в полости рта на восковой конструкции протеза

восковыми композициями

д) в полости рта на восковой конструкции протеза слепочными массами

019. Наиболее оптимальными сроками изготовления резекционного протеза

являются

а) через 2 месяца после операции

б) через 6 месяцев после операции

в) через 2 недели после операции

г) до оперативного вмешательства

д) сразу же после операции

020. К основным функциям резекционного протеза относятся

а) восстановление эстетических норм челюстно-лицевой области

б) восстановление функции дыхания

в) защита раневой поверхности

г) частичное восстановление нарушенных функций

и формирование протезного ложа

д) все вышеперечисленное верно

021. Наиболее объективно определяют степень восстановления

обтурирующим протезом функции глотания

следующие лабораторные методы

а) рентгенография

б) фагиография

в) реопарадонтография

г) электромиография

д) электромиомастикациография

022. Наиболее объективными лабораторными методами

при оценке функции жевания с обтурирующим протезом являются

а) применение диагностических моделей

б) электромиография

в) фагиография

г) реопарадонтография

д) рентгенография

023. Наиболее объективными клиническими методами

при оценке функциональной ценности обтурирующего протеза являются

а) осмотр полости рта

б) фонетические пробы

в) глотание воды

г) проверка окклюзии и артикуляции

д) выявление зон повышенного давления

024. К характерным признакам неправильно сросшихся обломков

при переломе нижней челюсти относятся

а) нарушение функции речи

б) нарушение формирования пищевого комка

в) несмыкание ротовой щели

г) нарушение окклюзионных соотношений с зубами верхней челюсти

д) аномальное положение зубов

025. Основным признаком, позволяющим определить

наличие "ложного" сустава нижней челюсти во фронтальном участке,

является

а) несинхронные движения суставных головок

височно-нижнечелюстного сустава

б) резкое нарушение окклюзионных взаимоотношений с верхними зубами

в) смещение отломков в язычном направлении

г) подвижность обломков, определяющаяся при пальцевом обследовании

д) все вышеперечисленное

026. Несрастание отломков в области премоляров и моляров

позволяют определить

а) подвижность обломков

б) смещение малого отломка в язычном направлении

в) окклюзионные нарушения

г) нарушения функции речи

д) все вышеперечисленное

027. Особенности протезирования больных

с неправильно сросшимися отломками

а) предварительное (ортодонтическое) исправление положения отломков

б) предварительное (ортодонтическое) исправление

положения зубной дуги

в) изготовление протезов с расположением искусственных зубов

по центру альвеолярного отростка

г) изготовление протезов с двойным рядом зубов

д) отказ в протезировании

до хирургического исправления положения отломков

028. Характер смещения отломков нижней челюсти при переломе

в центральном отделе (вертикальный перелом)

а) отломки находятся в состоянии "уравновешивания"

б) незначительное смещение отломков

в) незначительное нарушение прикуса

г) все вышеперечисленное верно

д) все вышеперечисленное неверно

029. Характер смещения отломков нижней челюсти при переломе

в области угла (перелом поперечный, идет косо кнутри и вперед)

а) резкое смещение малого отростка внутрь

б) резкое смещение малого отростка вверх

в) резкое смещение малого отростка кпереди

г) все вышеперечисленное верно

д) все вышеперечисленное неверно

030. К способам нормализации окклюзионных соотношений челюстей

при неправильно сросшихся отломках относятся

а) ортодонтическое исправление положения отломков

б) удаление зубов

в) изготовление двойного ряда зубов

г) наложение репонирующего аппарата

д) наложение шинирующего аппарата

031. Укажите один из важных клинических признаков перелома

нижней челюсти

а) нарушение прикуса при сомкнутых челюстях

б) невозможность закрыть рот

в) глубокое перекрытие нижних зубов верхними

г) дистальный сдвиг нижней челюсти

д) невозможность сомкнуть губы

032. При повреждении сосудисто-нервного пучка

в области ментального отверстия характерны следующие признаки

а) нарушение поверхностей чувствительности кожи лица

б) нарушение болевой чувствительности

в) нарушение тактильной чувствительности

г) нарушение температурной чувствительности

д) все вышеперечисленное неверно

033. При лечении переломов целесообразно применять

а) шины гнутые из алюминиевой проволоки

б) шины из быстротвердеющих пластмасс

в) стандартные шины назубные ленточные

г) сочетание проволочных шин с быстротвердеющими пластмассовыми

д) возможны все вышеперечисленные варианты

034. При изготовлении шин для лечения переломов челюстей учитываются

а) быстрота изготовления

б) стандартизация шин

в) гигиеничность шин

г) отсутствие окклюзионных нарушений

д) все вышеперечисленное

035. Укажите один из характерных признаков

переднего двустороннего вывиха нижней челюсти

а) смещение подбородка в сторону

б) полуоткрыт рот, невозможно закрыть рот

в) болезненность в области нижней челюсти

г) нарушение окклюзии

д) аномалия прикуса при сомкнутых зубах

036. Для переднего одностороннего вывиха нижней челюсти характерно

а) рот полуоткрыт

б) подбородок смещен в сторону (здоровую)

в) ограниченное движение нижней челюсти

г) изменение в пораженном суставе

д) все вышеперечисленное верно

037. Для переднего двухстороннего вывиха нижней челюсти характерно

а) резкая болезненность в височно-нижнечелюстных суставах

б) невозможность открыть рот

в) слюнотечение

г) затруднение речи

д) все вышеперечисленное верно

038. Назовите предрасполагающие к привычным вывихам факторы

а) полиартриты

б) заболевание височно-нижнечелюстного сустава

в) растяжение суставной капсулы

г) клинические судороги

д) все вышеперечисленное верно

039. Снять мышечную контрактуру при вывихах нижней челюсти можно

а) с помощью местной анестезии

б) применением мышечных релаксантов

в) общим наркозом

г) силовым воздействием

д) все вышеперечисленное верно

040. При лечении привычных вывихов нижней челюсти можно применять

а) укрепление связочно-капсулярного аппарата

б) применение ортопедических аппаратов

в) оперативное лечение

г) применение имплантанта

д) все вышеперечисленное верно

041. Наиболее характерным симптомом перелома альвеолярного отростка

верхней челюсти является

а) нарушение прикуса

б) возможно пальпаторно определить подвижность отломков

в) нарушение формы зубной дуги

г) вытекание изо рта вязкой слюны с кровью

д) все вышеперечисленное верно

042. Назовите характерный признак перелома тела верхней челюсти

а) головная боль, головокружение

б) значительный отек мягких тканей лица

в) резкое нарушение прикуса

г) нарушение речи, глотания

д) все вышеперечисленное верно

043. Назовите признак тяжелого повреждения верхней челюсти

а) повреждение соседних органов

б) резкие функциональные нарушения

в) повреждение основания черепа

г) значительное нарушение верхней челюсти

д) все вышеперечисленное верно

044. Какова тактика врача по отношению к вывихнутым

или резкоподвижным зубам,

находящимся в зоне повреждения (перелома) челюсти?

а) депульпирование этих зубов

б) шинирование с помощью лигатурной проволоки

в) шинирование быстротвердеющей пластмассой

г) удаление

д) все вышеперечисленное верно

045. Тактика врача в отношении зубов,

находящихся в щели перелома

при наличии глубоких зубодесневых карманов -

а) удаление

б) консервативное лечение

в) шинирование быстротвердеющей пластмассой

г) шинирование с помощью лигатурной проволоки

д) лечение с применением антибиотиков

046. Тактика врача в отношении зубов вклиненных в щель перелома,

когда они препятствуют вправлению отломков -

а) консервативное лечение

б) шинирование самотвердеющей пластмассой

в) лечение с применением антибиотиков

г) удаление

д) перемещение с помощью репонирующего аппарата

047. Аппаратом, применение которого целесообразно для иммобилизации

отломков верхней челюсти, является

а) стандартный комплект Збаржа

б) назубная проволочная шина

в) шина Аржанцева

г) проволочные шины с распорками

д) все вышеперечисленное верно

Раздел 10

КЛИНИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИМПЛАНТОЛОГИЯ

001. Расположение плеч внутрикостного имплантата

по отношению к кортикальной пластинке следующее

а) плечи расположены на уровне кортикальной пластинки

б) выше кортикальной пластинки

в) ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм

г) выше кортикальной пластинки на 2-3 мм

д) в зависимости о состояния кости

002. Проходить регулярный контроль больному,

получившему лечение с помощью имплантации

а) не требуется

б) в зависимости от желания пациента

в) требуется в течение первого года

г) требуется проводить регулярный контроль

д) требуется в течение первых шести месяцев

003. Субпериостальная имплантация показана

а) если включенный дефект небольшой протяженности

с резко выраженной атрофией альвеолярного отростка

б) если концевой дефект зубного ряда

с хорошо выраженным альвеолярным отростком

в) при полном отсутствии зубов на челюсти

со значительной атрофией альвеолярного гребня

г) при утрате одного зуба с резкой атрофией альвеолярного гребня

д) при утрате всех фронтальных зубов

с хорошо сохранившимся альвеолярным отростком

004. При использовании субпериостальной имплантации необходимо

изготовление индивидуальной ложки в следующих случаях

а) применение индивидуальной ложки необязательно

б) необходимо применять в каждом случае

в) только при использовании полного субпериостального имплантата

г) в зависимости от анатомических условий

д) нет указаний

005. Получать оттиск при субпериостальной имплантации рекомендуется

а) гипсом

б) альгинатными материалами

в) силиконовыми материалами

г) любыми

д) в зависимости от клинической условий

006. Изгибать головку титанового имплантата можно

а) на 30°

б) до 10°

в) не более 45°

г) до 15°

д) изгибать нельзя

007. Аналог имплантата отличается от собственно имплантата по толщине

а) толще на 0.3 мм

б) тоньше на 0.2 мм

в) толщина одинакова

г) толще на 0.2 мм

д) тоньше на 0.5 мм

008. Инструмент "стружкоудалитель" предназначен

а) для удаления костных опилок

б) для удаления костных опилок и сглаживания неровностей

в) для удаления костных опилок,

сглаживания неровностей и измерения глубины

г) для удаления костных опилок, сглаживания неровностей,

измерения глубины и углубления костного ложа

д) для всего вышеперечисленного

009. На какую часть эндодонто-эндоссального имплантата наносят

цемент перед фиксацией?

а) на всю длину

б) на внутрикостную часть

в) на внутрикорневую часть

г) на внутрикорневую часть и 2 мм за верхушку

д) в зависимости от длины имплантата

010. При субпериостальной имплантации наиболее часто используется

а) проводниковая анестезия

б) инфильтрационная анестезия

в) нейропептаналгезия

г) инфильтрационная и проводниковая анестезия

д) эндотрахеальный наркоз

011. После имплантации швы снимаются

а) через 3 недели

б) через 7-8 дней

в) через 2-3 дня

г) через 10-12 дней

д) через 4-5 дней

012. Завышение высоты нижнего отдела лица

при протезировании с опорой на имплантаты

а) допустимо во всех случаях

б) недопустимо во всех случаях

в) недопустимо только при полном отсутствии зубов

г) допустимо при опоре на имплантат и естественные зубы

д) допустимо при использовании имплантата

в качестве промежуточной опоры

013. Целью применения внутрислизистых имплантатов является

а) улучшение фиксации съемных протезов

б) улучшение фиксации мостовидных протезов

в) улучшение устойчивости зубов

г) улучшение эстетики протезирования

д) все вышеперечисленное

014. Применение эндо-субпериостальных имплантатов показано

а) во фронтальном отделе нижней челюсти

б) в дистальных участках нижней челюсти

в) во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти

г) во фронтальном отделе верхней челюсти

д) в дистальных участках верхней челюсти

015. Если величина костного ложа незначительно шире имплантата

а) имплантация откладывается

б) возможно достижение плотной посадки путем изгибания имплантата

в) если имеется место, то подготавливают новое ложе

г) имплантат помещают в подготовленное ложе несмотря на подвижность

д) решение зависит от величины дефекта

016. Стерилизуют имплантаты

а) в автоклаве

б) в суховоздушном стерилизаторе

в) в автоклаве или в сухожаровом шкафу

г) химическим способом

д) всеми вышеперечисленными способами

017. Цель пассивации - это

а) упрочнение имплантата

б) удаление инородных включений

в) создание окисной пленки

г) устранение внутренних напряжений в металле

д) улучшение кристаллической структуры

018. Показаниями к проведению имплантации являются

а) полное отсутствие зубов

б) концевые дефекты зубных рядов

в) потеря одного зуба

г) неудовлетворительная фиксация съемного протеза

д) все вышеперечисленное

019. К противопоказаниям к проведению имплантации относятся

а) эндокринные заболевания

б) сифилис

в) гемофилия

г) нарушение кальциевого обмена

д) все вышеперечисленное

020. Назовите элементы субпериостального имплантата

а) вестибулярная ветвь

б) небная дуга

в) подъязычная дуга

г) оральное ответвление

д) накладка

021. Элементы конструкции внутрислизистого имплантата -

а) головка

б) шейка

в) базисная часть

г) все перечисленное выше

022. Наиболее часто рекомендуется

для зашивания разреза слизисто-надкостничного лоскута

а) кетгут

б) шелк

в) полиамидная нить

г) волос

д) все вышеперечисленное

023. Оссеоинтеграция имплантата - это

а) плотное укрепление имплантата

б) помещение имплантата в костную ткань

в) плотный контакт между новообразованной костной тканью

и поверхностью имплантата

г) наличие фиброзной ткани между имплантатом и костью

д) эпителиальная выстилка между имплантатом и костью

024. Фиброзная интеграция имплантата - это

а) укрепление имплантата в соединительной ткани

б) наличие фиброзной прослойки между имплантатом и костью

в) эпителиальное прикрепление к поверхности имплантата

г) помещение имплантата под надкостницу

д) нет определения

025. Двухэтапная имплантация внутрикостных имплантатов проводится

а) в целях достижения оссеоинтеграции

б) для снижения послеоперационной травмы

в) для предупреждения фиброзной интеграции

г) при плохих способностях к регенерации костной ткани

д) в целях улучшения функционального эффекта

026. При неправильной установке имплантата в кости

могут возникать такие осложнения как

а) кровотечение

б) подвижность имплантата

в) флегмона

г) рассасывание костной ткани вокруг имплантата

д) все вышеперечисленное

027. К потере имплантата могут привести

а) плохая гигиена полости рта

б) нерациональное питание

в) неудовлетворительная жевательная нагрузка

г) нарушение обмена веществ

д) все вышеперечисленные факторы

028. Комбинация внутрикостных и субпериостальных имплантатов допустима

а) при расположении имплантатов на разных челюстях

б) при наличии больших дефектов зубных рядов

в) при использовании для имплантатов однородных металлов

г) во всех перечисленных случаях

д) недопустима

029. Имплантация в арсенале известных методов стоматологического лечения

имеет следующее значение

а) единственный метод, позволяющий получить положительный результат

б) имплантация является методом выбора

в) имплантация применяется только в исключительных случаях

г) имплантация применяется по желанию больного

д) имплантация применяется с большой осторожностью,

так как еще не доказана состоятельность данного вида лечения

030. Стоматологической имплантацией могут заниматься

а) все врачи-стоматологи

б) только врачи-стоматологи-ортопеды

в) врачи-стоматологи-хирурги высшей категории

г) врачи-стоматологи высокой квалификации,

имеющие достаточный опыт практической работы

и прошедшие специализацию

д) врачи любой специальности

031. Какие отделы челюстей пригодны для внутрикостной имплантации?

а) только альвеолярный отросток

б) фронтальный отдел верхней и нижней челюсти

в) все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантат

без риска повреждения определенных анатомических структур

г) базальные отделы челюстей в пределах расположения зубных рядов

д) только дистальные отделы верхней и нижней челюсти

032. Наиболее приемлемыми материалами

для изготовления хирургического инструментария для имплантации

являются

а) любой подходящий для этой цели металл

б) металлы, применяемые для изготовления данных имплантатов

в) нержавеющая сталь

г) хромо-кобальтовый сплав

д) сталь с покрытием нитридом титана

033. Нормализация окклюзии при имплантации

а) один из основных параметров влияющих на успех лечения

б) не оказывает влияния на результата имплантации

в) может оказывать влияние на результат у некоторых больных

г) не придается большого значения устранению окклюзионных нарушений

д) оказывает влияние на результат лечения

у больных с сопутствующей патологией

034. Отпечаток костной ткани при субпериостальной имплантации получают

а) с помощью стандартной металлической ложки

любым слепочным материалом

б) частичной стандартной ложкой с помощью альгинатов

в) с помощью жесткой индивидуальной ложки

силиконовыми материалами

г) жесткой индивидуальной ложкой с помощью жидкого гипса

д) без использования слепочной ложки супергипсом

035. Имплантация противопоказана

а) при сахарном диабете

б) при остеопорозе

в) при сифилисе

г) при СПИДе

д) при всех перечисленных выше заболеваниях

036. Какое количество имплантатов может быть максимально установлено

у одного больного?

а) один

б) два-три

в) не более шести

г) 6-8

д) ограничений нет

037. На образование тепла при сверлении кости влияют

а) форма сверла

б) величина бора

в) острота бора

г) давление при сверлении

д) все вышеперечисленные факторы

038. Наилучшим способом охлаждения кости при ее сверлении является

а) внешнее воздушное охлаждение

б) охлаждение жидкостью с внешним подводом

в) охлаждение воздухом с подводкой внутри бора

г) все способы хороши

д) подведение охлаждающей жидкости к режущей кромке

039. Оптимальная величина подачи охлаждающей жидкости

а) 300-500 мл/мин

б) 100-200 мл/мин

в) 600-700 мл/мин

г) 10-15 мл/мин

д) 30-50 мл/мин

040. Что происходит с костной тканью

при превышении температуры критических величин?

а) гиперемия

б) отек

в) инфильтрация

г) некроз

д) пролиферация

041. Некроз костной ткани происходит при температуре

а) 45°С

б) 40-50°С

в) выше 50°С

г) 65°С и выше

д) 60-65°С

042. При сверлении температура кости не должна превышать

а) 20°

б) 30°

в) 37°

г) 47°

д) 50°

043. Какие клеточные элементы относятся к костной ткани?

а) остеобласты

б) остеоциты

в) остокласты

г) нет данных

д) все вышеперечисленные элементы

044. Функцией остеобластов является

а) образование костной ткани

б) резорбция кости

в) функция иммунитета

г) функция кроветворения

д) не имеет определенной функции

045. Функцией остеокластов является

а) образование костной ткани

б) резорбция кости

в) функция иммунитета

г) функция кроветворения

д) не имеет функционального значения

046. Возможными путями ускорения заживления кости являются

а) гормональная стимуляция

б) электрическая стимуляция

в) применение фибрина

г) стимуляция невозможна

д) все перечисленное, кроме г)

047. Причинами, ведущими к нарушению костного заживления, являются

а) травматическое препарирование кости

б) облучение

в) первичная подвижность имплантата

г) плохая биосовместимость

д) все вышеперечисленное

048. Величина окисной пленки на поверхности титана

а) 5-7 ангстрем

б) 2-10 мкм

в) 30-50 ангстрем

г) 25-30 мкм

д) 40-60 мкм

049. К возможным реакциям костной ткани на травму относятся

а) образование фиброзной ткани

б) секвестрация

в) образование новой костной ткани

г) оссеоинтеграция

д) все вышеперечисленное

050. При имплантации на реакцию костной ткани влияют

а) реапарационные способности костной ткани

б) материал имплантата

в) форма имплантата

г) техника препарирования

д) все вышеперечисленные факторы

051. К послеоперационным осложнениям при имплантации относятся

а) расхождение швов

б) подвижность имплантата

в) перфорация верхне-челюстного синуса

г) все вышеперечисленное

052. При изготовлении имплантата используют

а) медь

б) титан

в) цинк

г) хром

д) ниобий

053. Инструменты, применяемые при имплантации

а) скальпель

б) костные кусачки

в) стружкоудалитель

г) иглодержатель

д) все вышеперечисленные

054. Какие анатомические структуры следует учитывать

при проведении внутрикостной имплантации на нижней челюсти?

а) верхнечелюстной синус

б) резцовые отверстия

в) скуловой отросток

г) лобный отросток

д) подбородочные отверстия

055. Какие анатомические структуры следует учитывать

при проведении внутрикостной имплантации на верхней челюсти?

а) мыщелковые отростки

б) придаточные пазухи

в) венечные отростки

г) внутреннюю косую линию

д) наружную косую линию

056. К нарушению оссеоинтеграции ведут

а) травматическое препарирование кости

б) предоперационное облучение

в) подвижность имплантата

г) перегрузка имплантата

д) все вышеперечисленные

057. В настоящее время для увеличения

атрофированного альвеолярного отростка используют

а) каучук

б) гидроксилапатит

в) полиуритан

г) нейлон

д) метилметакрилат

058. Коллагеновые волокна в разделительном слое при фиброзной интеграции

а) направлены вдоль имплантата

б) направлены перпендикулярно поверхности имплантата

в) направлены под определенным углом к имплантату

г) хаотично

д) образуют сетчатую структуру

059. Имеется ли адаптация или адгезия эпителиальной ткани

к поверхности имплантата?

а) имеется

б) отсутствует

в) не изучено

г) отчасти

д) только у титановых имплантатов

060. К недостаткам имплантатов из пористых материалов относятся

а) меньшая механическая прочность

б) возможность загрязнения

в) худшая биотолерантность

г) недолговечность

д) все вышеперечисленные недостатки

061. Преимуществом эндодонто-эндоссальных имплантатов является

а) лучшая биосовместимость

б) отсутствие необходимости прикрепления в кости

в) отсутствие связи с внешней средой

г) большая механическая прочность

д) простота применения

062. Факторами неблагоприятными

для размещения имплантата на верхней челюсти являются

а) преобладание спонгиозной кости

б) часто встречающиеся неудовлетворительные

анатомические взаимоотношения

в) плохое кровоснабжение

г) плохая иннервация

д) все вышеперечисленные

063. Перспектива успеха имплантации в юношеские годы

а) благоприятная

б) неблагоприятная

в) не изучено

г) благоприятный результат только у девочек

д) благоприятный результат только у мальчиков

064. Наиболее частой причиной утраты зубного имплантата является

а) остеомиелит челюсти

б) отлом имплантатной головки

в) воспалительные осложнения

г) аллергическая реакция

д) гальванизм

065. Какова периодичность контрольных осмотров в отдаленные сроки

после имплантации?

а) ежемесячно

б) 2 раза в год

в) один раз в год

г) 4 раза в год

д) 5 раз в год

066. Предпочтительной конструкцией промежуточной части

мостовидного протеза с опорой на имплантаты является

а) седловидная

б) касательная

в) промывная

г) касательная и седловидная

д) все вышеперечисленные

067. Цель повторных осмотров после имплантации - это

а) оценка состояния десны

б) оценка подвижности имплантата

в) проверка гигиены полости рта

г) удаление зубных отложений

д) все вышеперечисленное

068. Благоприятной поверхностью имплантата в области десны является

а) гладкая

б) шероховатая

в) пористая

г) пористая с уступом

д) безразлично

069. Какие зубы могут включаться в мостовидный протез

при использовании имплантатов?

а) любые

б) с подвижностью I степени

в) с подвижностью II степени

г) устойчивые зубы

д) рекомендации отсутствуют

070. Основное назначение чрезкостных имплантатов

а) использование в дистальных отделах верхней челюсти

б) использование в дистальных отделах нижней челюсти

в) применение во фронтальном отделе верхней челюсти

г) использование во фронтальном отеле нижней челюсти

д) применение во всех вышеперечисленных случаях

071. Угол заточки бора влияет

а) на скорость внедрения в кость

б) на отвод костной стружки

в) на деформацию кости

г) на образование тепла

д) на все вышеперечисленное

072. На процесс сверления кости влияют

а) геометрия сверла

б) число оборотов

в) прилагаемое давление

г) ни один из перечисленных факторов

д) все вышеперечисленные факторы

073. Предпочтительными факторами в процессе сверления кости являются

а) умеренное число оборотов

б) увеличение давления

в) применение охлаждения

г) данных нет

д) все вышеперечисленные

074. Оптимальным режимом сверления костной ткани является

а) сверление без перерыва с охлаждением

б) сверление без перерыва без охлаждения

в) сверление прерывистое с охлаждением

г) сверление прерывистое без охлаждения

д) сверление оптимальное при любом режиме

075. Является ли достаточным внешнее охлаждение

при сверлении в глубоких слоях костной ткани

при непрерывном режиме работы?

а) да

б) нет

в) не изучено

г) зависит от величины бора

д) зависит от остроты бора

076. Иимплантация не производится

а) при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава

б) при остеомиелите челюстей

в) при парафункции

г) при эндокринных заболеваниях

д) при всех вышеперечисленных заболеваниях

077. К местным противопоказаниям для проведения имплантации относятся

а) аномалии прикуса

б) рецидивирующий афтозный стоматит

в) дефект челюсти

г) лучевое облучение области головы и шеи

д) все вышеперечисленное

078. Имплантация противопоказана

а) при системных заболеваниях кости

б) при фарингите

в) при хроническом бронхите

г) при язвенной болезни желудка

д) при хроническом простатите

079. Имплантация не противопоказана

а) при нарушениях иммунной системы

б) при геморрагическом диатезе

в) при сахарном диабете

г) при циррозе печени

д) при гиперацидном гастрите

080. Эндодонто-эндоссальные имплантаты преимущественно устанавливают

а) в боковых отделах верхней челюсти

б) в боковых отделах нижней челюсти

в) во фронтальном отделе верхней челюсти

г) во фронтальном отделе нижней челюсти

д) во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти

081. Показаниями для эндодонто-эндоссального имплантата являются

а) разрушение коронковой части зуба

б) неудовлетворительное соотношение коронка/корень зуба

в) хронический периодонтит

г) подвижность зубов III-IV степени

д) все вышеперечисленное

082. К показаниям для эндодонто-эндоссальной имплантации относятся

а) потеря костной ткани на 1/2 высоты корня зуба

б) вывих зуба

в) перелом корня зуба

г) нет показаний

д) все вышепредставленные

083. Факторами, определяющими успех имплантации, являются

а) биосовместимость материала

б) структура поверхности

в) состояние ложа имплантата

г) техника операции

д) все вышеперечисленное

084. К осложнениям имплантации относятся

а) перфорация дна верхнечелюстного синуса

б) обнажение имплантата

в) образование свищей

г) расхождение швов

д) все вышеперечисленное

085. Высокую биосовместимость титана связывают

а) с высокой коррозийной устойчивостью

б) с высоким диэлектрическим постоянством

в) с относительной чистотой поверхности

г) с кристаллической структурой

д) со всем вышеперечисленным

086. Осложнениями, вызываемыми неправильной протезной конструкцией

с опорой на имплантаты, являются

а) перегрузка имплантата

б) перелом имплантата

в) перегрузка опорных зубов

г) атрофия костной ткани

д) все вышеперечисленное

087. Наиболее благоприятной нагрузкой на имплантат является

а) вертикальная нагрузка

б) вдоль оси имплантата

в) боковая нагрузка в области шейки

г) боковая нагрузка в области вершины головки

д) нагрузка под острым углом к имплантату

088. Наиболее благоприятное расположение эластичных прокладок

в конструкциях, опирающихся на имплантат, является

а) в конструкции имплантата

б) между имплантатом и протезом

в) в протезе

г) в любом месте

д) в зубном протезе или имплантате

089. Распределение жевательной нагрузки на имплантат определяется

а) расположением опор

б) жесткостью протеза

в) жесткостью материала имплантата

г) устойчивостью зубов

д) всем вышеперечисленным

090. Наиболее широко используются в клинике

а) внутрикостные винтовые имплантаты

б) внутрикостные пластиночные и винтовые имплантаты

в) внутрислизистые имплантаты

г) субпериостальные имплантаты

д) эндодонто-эндоссальные имплантаты

091. Достаточно ли использовать акриловые зубы

при оссеоинтегрированных имплантатах для защиты от перегрузки?

а) недостаточно

б) в зависимости от ширины зубной дуги

в) достаточно

г) неизвестно

д) данные исследования противоречивы

092. Какая система интеграции имплантатов

может быть использована в клинике?

а) костная интеграция

б) фиброзная интеграция

в) костная и фиброзная интеграции

г) нет указаний

д) обе системы неприемлемы

093. Какой из пластиночных имплантатов правильно установлен

в кость челюсти?

а) плечи имплантата погружены в кость,

шейка расположена в мягких тканях

б) плечи имплантата на уровне кортикальной пластинки

в) головка имплантата опирается на кортикальную пластинку

г) плечи имплантата расположены на 0.5 мм

выше кортикальной пластинки

д) головка имплантата расположена над слизистой оболочкой

094. К факторам, учитывающимся при возмещении потери одного зуба

с помощью имплантата, относятся

а) межзубное расстояние

б) ширина альвеолярного отростка

в) толщина слизистой оболочки

г) ширина зоны фиксированной десны

д) все вышеперечисленное

095. Показаниями для использования пластиночных имплантатов являются

а) потеря одного зуба

б) концевые дефекты

в) универсальные показания

г) только на верхней челюсти

д) промежуточная опора

096. Поперечный паз на альвеолярном гребне

при использовании субпериостального имплантата создают

а) для отметки области расположения опорных головок

б) для расположения элементов каркаса вровень с поверхностью кости

в) для устранения возможного бокового смещения

г) для лучшей адаптации имплантата

д) в целях эстетики

097. Определять местоположение головок внутрикостного имплантата

рекомендуется

а) Ад окулюс

б) с помощью пластмассовой прозрачной пластинки

в) произвольно

г) посредством применения измерительных линеек

д) рекомендаций нет

098. Субструктура субпериостального имплантата - это

а) фиксирующее приспособление имплантата

б) внутрикостная часть имплантата

в) каркас субпериостального имплантата

под слизисто-надкостничным лоскутом

г) все, что находится под тканями организма

д) опорная балка субпериостального имплантата

099. Имплантатный винт служит

а) для постоянной фиксации субпериостального имплантата

б) для распределения нагрузки на субпериостальный имплантат

в) для временной фиксации субпериостального имплантата

г) для фиксации протеза к субпериостальному имплантату

д) все вышеперечисленное

100. Чрезкостный имплантат - это

а) имплантат, проходящий через ткань зуба

б) имплантат, проходящий через кость челюсти

в) имплантат, проходящий через кортикальную пластинку

г) имплантат, находящийся в пределах губчатой кости

д) имплантат, находящийся в пределах кортикальной кости

101. Периферический каркас - это

а) губные, язычные или щечные контуры субпериостального имплантата

б) субпериостальный имплантат в дистальных отделах зубного ряда

в) субпериостальный имплантат окружающий естественный зуб

г) субпериостальный имплантат верхней челюсти

д) субпериостальный имплантат нижней челюсти

102. При имплантации используются

а) скальпель

б) распатор

в) стружкоудалитель

г) молоток

д) все вышеперечисленное

103. Биоактивные имплантатные материалы - это

а) растворяющиеся в среде организма

б) вызывающие реакцию кости

в) точного определения нет

г) материалы на биологической основе

д) костные трансплантаты

104. Какую цель преследуют, помещая амортизаторы при имплантации?

а) избежать чрезмерной нагрузки на кость

б) имитировать естественный зуб

в) избежать поломки имплантата

г) избежать поломки протеза

д) все вышеперечисленное

105. Решение о проведении имплантации принимают на основании

а) клинических исследований

б) рентгенологических исследований

в) лабораторных исследований

г) функциональных исследований

д) всех вышеперечисленных исследований

106. Минимально рекомендуемое соотношение внутрикостной

и внутриротовой частей эндоссального имплантата

а) 1:2

б) 1:1

в) 1:3

г) 2:1

д) 3:1

107. При проведении имплантации следует учитывать

а) состояние зубочелюстной системы

б) величину дефекта зубного ряда

в) степень атрофии

г) общие заболевания

д) все вышеперечисленные факторы

108. В каких из перечисленных ситуаций прогноз имплантации

наиболее благоприятный?

а) антагонисты - здоровый зубной ряд

б) антагонисты - несъемный дуговой металлокерамический протез

в) антагонисты - полный съемный протез

г) антагонисты - бюгельный протез

д) антагонисты - частичный пластинчатый протез

109. Индивидуально изготавливают

а) внутрикостные пластиночные имплантаты из титана

б) внутрикостные пластиночные имплантаты

из хромо-кобальтового сплава

в) имплантаты из керамики

г) имплантаты из углерода

д) субпериостальные имплантаты

110. Эндодонто-эндоссальные имплантаты могут изготавливаться

а) из титана

б) из тантала

в) из хромо-кобальтового сплава

г) из алюмоксидной керамики

д) все вышеперечисленное верно

111. Эндо-субпериостальные имплантаты изготавливают

а) из титана

б) из вольфрама

в) из хромо-кобальтового сплава

г) из тантала

д) из серебряно-палладиевого сплава

112. Допустимо ли допрепарирование головки металлического имплантата

в полости рта?

а) допустимо при обильном охлаждении с применением кофердама

б) категорически не допустимо

в) допустимо в исключительных случаях

г) допустимо на верхней челюсти

д) допустимо при обильном охлаждении

и с применением кофердама только на нижней челюсти

113. Конструкцию субпериостального имплантата определяет

а) врач

б) зубной техник

в) пациент

г) врач и пациент

д) все вышеперечисленные

114. Кнопочный фиксатор субпериостального имплантата служит

а) для распределения нагрузки

б) для лучшей ретенции

в) для стимуляции костеобразования

г) для упрочнения конструкции

д) все вышеперечисленное

115. Рекомендуемая ось размещения кнопочных фиксаторов

субпериостального имплантата

а) поперечная во фронтальном отделе

б) поперечная в среднем отделе

в) поперечная в дистальном отделе

г) диагональная

д) не имеет значения

116. Стерилизацию имплантата из хромо-кобальтового сплава осуществляют

а) в автоклаве

б) в 2% растворе хлоромина

в) в тройном растворе

г) в спирте 96°

д) в перекиси водорода 4%

117. Какой способ осуществляют при стерилизации имплантатов из титана?

а) обработка спиртом

б) обработка тройным раствором

в) обработка формалином

г) 3% раствор перекиси водорода

д) суховоздушный способ

118. Кондуктор служит

а) для удерживания имплантата

б) для правильной подготовки ложа под имплантат

в) для отвода тепла

г) для расширения краев раны

д) для проверки правильного положения имплантата

119. Для остановки кровотечения в костной ране используют

а) холодный физиологический раствор

б) аминокапроновую кислоту

в) перекись водорода 3%

г) не представлены

д) все вышеперечисленные

120. Наиболее часто используют при имплантации

а) проводниковую анестезию

б) аппликационную анестезию

в) нейролепаналгезию

г) масочный наркоз

д) эндотрахеальный наркоз

121. На какую часть эндодонто-эндоссального имплантата

наносят цемент для фиксации?

а) на весь имплантат

б) на внутрикоронковую часть

в) на внутрикостную часть

г) на внутрикоронковую и внутрикостную части

д) только в области апекса

122. Обычно после операции имплантации назначают

а) холод на область операции

б) анальгетики

в) антибиотики

г) сульфаниламиды

д) все вышеперечисленное

123. Правильное положение шейки внутрикостного имплантата

а) находится под слизистой оболочкой

б) находится в пределах слизистой оболочки

в) частично находится в слизистой, частично над слизистой оболочкой

г) полностью находится в костной ткани

д) частично находится в слизистой оболочке, частично в кости

124. Обязательно ли использование стерильного охлаждающего раствора

при операции имплантации?

а) обязательно

б) раствор может быть нестерильным

в) необходима только дезинфекция раствора

г) стерильный раствор используется только

при субпериостальной имплантации

д) в зависимости от общего состояния здоровья пациента

125. Субпериостальная имплантация показана, когда есть

а) концевой дефект зубного ряда

с хорошо выраженным альвеолярным отростком

б) двухсторонний концевой дефект зубного ряда

с хорошо выраженным альвеолярным отростком

в) резкая атрофия альвеолярного отростка при полном отсутствии зубов

г) дефект одного зуба с хорошо сохранившимся альвеолярным отростком

д) ни один из представленных случаев не подходит

126. Материал имплантата должен обладать такими свойствами как

а) нетоксичность

б) отсутствие антигенных свойств

в) биологическая стабильность

г) стерилизуемость

д) все вышеперечисленное

127. В имплантологии используют

а) углерод

б) керамику

в) силикон

г) полиметилметакрилат

д) все вышеперечисленное

128. При имплантации общее состояние здоровья пациента

а) имеет небольшое значение

б) имплантация показана абсолютно здоровым пациентам

в) имплантация противопоказана при наличии определенных заболеваний

г) не имеет значения

д) зависит от объема операции

129. Значение гигиенических мероприятий в прогнозе имплантации

а) незначительное влияние

б) важное значение

в) не имеет значения

г) не изучено

д) не рекомендуют проводить в области расположения имплантатов

130. Больной А., 39 лет. Диагноз: дефект зубного ряда нижней челюсти,

2 класс по Кеннеди. Умеренная атрофия нижней челюсти

в области отсутствия зубов.

Зубная формула: .

Расстояние от вершины гребня до нижнечелюстного канала 16 мм.

Сопутствующих общих заболеваний нет.

При такой клинической ситуации

а) имплантация невозможна

б) имплантация возможна в более пожилом возрасте

в) имплантация возможна

г) имплантация невозможна

в связи с небольшой величиной альвеолярного гребня

д) целесообразно только ортопедическое лечение

131. Больной Б., 78 лет.

Диагноз: дефекты зубных рядов верхней и нижней челюсти,

3 класс по Кеннеди.

Умеренная атрофия альвеолярного гребня в области отсутствия зубов.

Зубная формула:

Расстояние от вершины гребня до нижнечелюстного канала

и верхнечелюстного синуса 10-12 мм. Атрофия альвеолярной кости

у оставшихся зубов на 1/4 высоты корней.

Сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклероз сосудов головного мозга,

гипертоническая болезнь 2 стадии.

При данной клинической ситуации

а) имплантация показана

б) имплантация целесообразна в связи с возрастом больного

в) имплантация не показана в связи с возрастом больного

г) имплантация нецелесообразна

в связи с возможностью изготовления несъемных конструкций

и наличием противопоказаний по общим заболеваниям

д) имплантация показана

в связи с благоприятными анатомо-топографическими условиями

132. Больной Б., 49 лет.

Жалобы на недостаточное пережевывание пищи, боли в зубах

при накусывании, щелканье в суставах.

Зубная формула:

Подвижность оставшихся зубов 2 степени.

Какие методы обследования следует применить

для определения возможности зубной имплантации в данном случае?

а) клинико-рентгенологические методы

б) традиционные методы

в) клинико-рентгенологические методы, электромиография,

реопародонтография, лабораторные методы

г) клинические методы обследования, лабораторные методы,

компьютерная томография, ультразвуковое исследование,

пробы по Нечипоренко

д) только клинические методы обследования

133. Больная Г., 25 лет.

Жалобы на недостаточное пережевывание пищи,

боли в зубах при накусывании, сильное смыкание зубных рядов.

Зубная формула:

Имеется стираемость твердых тканей зубов.

Наиболее целесообразными методами обследования

при планировании зубной имплантации в данной ситуации являются

а) клинический осмотр, пальпация, перкуссия, ортопантомография,

электромиография, томография суставов,

изучение гипсовых моделей челюстей,

биометрические методы исследования

б) клинико-рентгенологическое обследование, реопародонтография,

ультразвуковое исследование,

консультация специалистов общего профиля

в) клинический осмотр, пальпация, перкуссия,

изучение гипсовых моделей челюстей, параллелометрия,

биометрические методы обследования

г) традиционные методы

д) клинико-рентгенологическое обследование

134. Больная Д., 45 лет.

Диагноз: дефекты зубных рядов верхней и нижней челюсти,

дентоальвеолярное удлинение 5,

катаральный гингивит в области нижних резцов.

Зубная формула:

Какие подготовительные мероприятия необходимо провести

перед зубной имплантацией в этом клиническом примере?

а) беседа с больным, разъяснение о возможных исходах имплантации,

обследование по схеме

б) беседа с больным, разъяснение о возможных исходах имплантации,

обследование по схеме, лечение у пародонтолога,

ортопедическое устранение деформации зубного ряда

и последующая имплантация и протезирование

в) обследование по схеме, последующая имплантация

и устранение деформации во время протезирования

г) обследование по схеме, последующая имплантация

и протезирование без устранения деформации

д) любой из вышеперечисленных вариантов на усмотрение врача

135. Больная П., 28 лет.

Диагноз: дефект зубного ряда нижней челюсти, 2 класс по Кеннеди,

пародонтит, начальная стадия, отложение зубного камня на фронтальных

зубах нижней челюсти, удаление зубов на нижней челюсти слева

2 недели назад (в области предполагаемой имплантации).

Выберите наиболее рациональный метод подготовительного лечения

перед зубной имплантацией.

а) лечение у пародонтолога с последующей имплантацией

и ортопедическим лечением

б) лечение у пародонтолога с последующей имплантацией

и ортопедическим лечением через 1 месяц

в) лечение у пародонтолога, операция имплантации через 6 месяцев

с последующим ортопедическим лечением

г) лечение у пародонтолога, изготовление временного съемного протеза

на нижнюю челюсть и пользование им в течение 6 месяцев,

с последующей имплантацией и изготовлением несъемных протезов

д) любой из перечисленных вариантов

136. Больной Ж., 50 лет.

Диагноз: дефекты зубных рядов верхней и нижней челюсти,

дентоальвеолярное удлинение жевательных зубов на верхней челюсти

справа, патологическая стираемость со снижением высоты

нижнего отдела лица на 4 мм.

Зубная формула:

Наиболее целесообразным планом лечения

в представленной клинической ситуации является

а) имплантация и ортопедическое лечение

б) нормализация окклюзионной плоскости, восстановление высоты

нижнего отдела лица на временных протезах,

адаптация к новой высоте в течение 3-6 месяцев и затем,

имплантация и заключительное протезирование

в) восстановление высоты нижнего отдела лица на временных протезах,

затем имплантация и заключительное протезирование

г) имплантация и заключительное протезирование

с восстановлением высоты нижнего отдела лица

д) любой из вышеперечисленных вариантов

137. Больная Ж., 20 лет.

Диагноз: полная адентия нижней челюсти,

дефект зубного ряда верхней челюсти, генерализованный пародонтит

на фоне сахарного диабета.

Зубная формула:

Остеопороз челюстных костей.

Показана ли внутрикостная имплантация в данном примере?

а) имплантация невозможна

б) имплантация возможна с помощью субпериостального имплантата

в) имплантация возможна в отдаленные сроки

г) имплантация может быть проведена по настоятельной просьбе больной

д) имплантация может быть проведена опытным врачом

138. Больной И., 29 лет.

Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти, 2 класс по Кеннеди,

расстояние от вершины гребня до синуса 20 мм, ширина гребня 8 мм.

Какой вид имплантата показан в данном примере?

а) внутрикостный пластиночный

б) полный субпериостальный

в) частичный субпериостальный

г) эндодонто-эндоссальный

д) игольчатый

139. Больной К., 48 лет.

Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти, 2 класс по Кеннеди.

Выраженная атрофия альвеолярного гребня

в области предполагаемой имплантации.

Расстояние от вершины гребня до синуса 4-5 мм, ширина гребня 7-8 мм

Какой вид имплантата наиболее целесообразен в данной ситуации?

а) полный субпериостальный

б) частичный субпериостальный

в) эндо-субпериостальный

г) винтовой

д) пластиночный

140. Больной Л., 50 лет.

Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти,

отсутствие центрального резца,

расстояние от вершины гребня до синуса 16 мм, ширина гребня 9 мм.

Данному пациенту показан

а) внутрикостный пластиночный имплантат

б) цилиндрический титановый имплантат

в) полный субпериостальный имплантат

г) частичный субпериостальный имплантат

д) эндодонто-эндоссальный имплантат

141. Больная П., 55 лет.

Диагноз: полная адентия нижней челюсти,

дефект зубного ряда верхней челюсти.

Зубная формула:

Зубы имеют подвижность 1-2 степени.

Умеренная атрофия гребня нижней челюсти во фронтальном отделе

и резкая атрофия в боковых отделах.

Вид имплантации и протезирования в данном случае

а) пластиночные имплантаты на нижней челюсти

с последующим изготовлением несъемных конструкций на обе челюсти

б) субпериостальный имплантат на нижней челюсти

с последующим изготовлением несъемных конструкций на обе челюсти

в) внутрикостная имплантация на нижней челюсти во фронтальном отделе

с последующим изготовлением несъемных конструкций

на верхнюю челюсть и съемного протеза на нижнюю

г) имплантация нецелесообразна

д) любой из перечисленных способов

142. Больной Н., 25 лет.

Диагноз: полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях,

резкая атрофия гребня на обеих челюстях.

Расстояние до придаточных пазух и нижнеальвеолярного нерва 2-4 мм,

ширина гребня 6-8 мм.

В данном случае могут быть применены

а) пластиночные имплантаты на обе челюсти

б) полные субпериостальные имплантаты на обе челюсти

в) эндо-субпериостальные имплантаты на верхнюю и нижнюю челюсти

г) цилиндрические

д) любой из вышеперечисленных способов

143. Больной М., 45 лет.

Диагноз: дефекты зубных рядов на нижней челюсти, 2 класс по Кеннеди.

На верхней челюсти 3 класс.

Зубная формула:

Зубы устойчивы. Умеренная атрофия гребня верхней и нижней челюсти.

Высота 12-14 мм и ширина 5-7 мм.

Имплантация на верхней и нижней челюстях в представленной ситуации

а) нецелесообразна

б) показана только на верхней челюсти

в) показана только на нижней челюсти

г) показана на обеих челюстях

д) невозможна из-за неблагоприятных анатомо-топографических условий

144. Больной Р., 28 лет. Диагноз: дефекты зубных рядов верхней

и нижней челюсти, 1 класс по Кеннеди.

Зубная формула:

У пациента имеется бруксизм и выраженные изменения

в височно-нижнечелюстных суставах.

Внутрикостная имплантация

а) невозможна

б) возможна с помощью субпериостального имплантата

в) возможна в отдаленные сроки после утраты всех зубов

г) может быть проведена по настоятельной просьбе больной

д) может быть проведена опытным врачом

145. Условно-съемные протезы применяют

а) при использовании пластиночных фиброоссальных имплантатов

б) при использовании

винтовых разборных оссеоинтегрированных имплантатов

в) при использовании субпериостальных имплантатов

г) применяют в зависимости от пожелания пациента

д) только при неблагоприятном прогнозе имплантации

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

Раздел 1

ОРГАНИЗАЦИЯ

ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

001 - в 003 - г 005 - д 007 - б

002 - в 004 - д 006 - б 008 - в

Раздел 2

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ГОЛОВЫ И ШЕИ

001 - д 003 - а,б,в 005 - а 007 - в

002 - а 004 - а 006 - д 008 - а

Раздел 3

ДИАГНОСТИКА В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001 - а 013 - а 025 - г 037 - в 049 - б

002 - в 014 - а 026 - е 038 - в 050 - б

003 - а 015 - в 027 - д 039 - г 051 - б

004 - а 016 - б 028 - е 040 - в 052 - а

005 - а 017 - а 029 - м 041 - а 053 - б

006 - г 018 - а 030 - в 042 - а 054 - л

007 - г 019 - б 031 - а 043 - б 055 - б

008 - д 020 - в 032 - г 044 - б 056 - д

009 - а 021 - б 033 - а 045 - б 057 - д

010 - в 022 - в 034 - г 046 - ж 058 - з

011 - б 023 - в 035 - в 047 - б

012 - з 024 - в 036 - а 048 - в

Раздел 4

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

С ПАТОЛОГИЕЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

001 - в 008 - д 015 - в 022 - д 029 - д

002 - г 009 - а 016 - д 023 - д 030 - д

003 - а 010 - а 017 - д 024 - д 031 - д

004 - д 011 - д 018 - д 025 - д 032 - д

005 - д 012 - д 019 - д 026 - д 033 - д

006 - д 013 - д 020 - в 027 - д 034 - д

007 - в 014 - д 021 - д 028 - д 035 - д

036 - д 048 - д 060 - д 072 - д 084 - в

037 - г 049 - д 061 - д 073 - д 085 - д

038 - д 050 - д 062 - д 074 - г 086 - д

039 - д 051 - д 063 - д 075 - д 087 - д

040 - д 052 - д 064 - г 076 - д 088 - д

041 - в 053 - д 065 - г 077 - д 089 - а

042 - д 054 - д 066 - в 078 - б 090 - а

043 - д 055 - д 067 - д 079 - б 091 - а

044 - г 056 - д 068 - д 080 - д 092 - в

045 - д 057 - д 069 - д 081 - в 093 - д

046 - д 058 - д 070 - г 082 - г 094 - г

047 - б 059 - д 071 - а 083 - г 095 - д

096 - б

Раздел 5

ДЕФЕКТЫ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБОВ

001 - д 009 - в 017 - а 025 - д 033 - д

002 - д 010 - в 018 - д 026 - в 034 - в

003 - а 011 - б 019 - а 027 - г 035 - д

004 - б 012 - а 020 - в 028 - в 036 - в

005 - в 013 - в 021 - д 029 - в 037 - д

006 - г 014 - в 022 - в 030 - а 038 - б

007 - д 015 - в 023 - в 031 - а 039 - д

008 - г 016 - д 024 - а 032 - д 040 - г

041 - д

Раздел 6

ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ

001 - а 013 - г 025 - а 037 - в 049 - д

002 - б 014 - в 026 - а 038 - б 050 - в

003 - б 015 - б 027 - в 039 - б 051 - б

004 - а 016 - в 028 - а 040 - д 052 - а

005 - а 017 - а 029 - в 041 - в 053 - в

006 - в 018 - а 030 - в 042 - д 054 - г

007 - д 019 - в 031 - в 043 - в 055 - г

008 - д 020 - г 032 - д 044 - б 056 - б

009 - в 021 - г 033 - б 045 - г 057 - а

010 - б 022 - г 034 - в 046 - б 058 - д

011 - б 023 - г 035 - г 047 - д 059 - в

012 - б 024 - г 036 - д 048 - д 060 - в

061 - в 067 - в 073 - г 079 - д 085 - б

062 - г 068 - а 074 - г 080 - г 086 - в

063 - в 069 - б 075 - в 081 - в 087 - в

064 - г 070 - в 076 - д 082 - в 088 - б

065 - д 071 - в 077 - г 083 - г 089 - б

066 - б 072 - д 078 - б 084 - г

Раздел 7

ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ

001 - д 013 - б 025 - д 037 - е 049 - д

002 - д 014 - б 026 - д 038 - д 050 - д

003 - д 015 - б 027 - д 039 - д 051 - д

004 - д 016 - д 028 - д 040 - д 052 - д

005 - д 017 - б 029 - д 041 - д 053 - г

006 - д 018 - д 030 - д 042 - д 054 - ж

007 - д 019 - д 031 - в 043 - д 055 - з

008 - д 020 - д 032 - д 044 - д 056 - и

009 - а 021 - д 033 - д 045 - д 057 - в

010 - д 022 - д 034 - г 046 - а 058 - а

011 - д 023 - д 035 - д 047 - д 059 - е

012 - а 024 - д 036 - д 048 - д 060 - а

Раздел 8

БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА

001 - а 017 - б 033 - г 049 - б 065 - д

002 - б 018 - г 034 - а 050 - б 066 - г

003 - г 019 - в 035 - г 051 - д 067 - д

004 - в 020 - б 036 - в 052 - в 068 - в

005 - б 021 - б 037 - д 053 - в 069 - г

006 - а 022 - в 038 - в 054 - г 070 - б

007 - а 023 - а 039 - а 055 - д 071 - б

008 - в 024 - а 040 - в 056 - д 072 - г

009 - д 025 - в 041 - в 057 - в 073 - б

010 - д 026 - г 042 - в 058 - б 074 - б

011 - в 027 - г 043 - д 059 - г 075 - а

012 - б 028 - б 044 - б 060 - б 076 - в

013 - б 029 - б 045 - в 061 - а 077 - г

014 - а 030 - а 046 - г 062 - д 078 - г

015 - а 031 - а 047 - д 063 - д 079 - б

016 - в 032 - г 048 - в 064 - д 080 - а

081 - д 086 - г 091 - б 096 - в 101 - в

082 - а 087 - в 092 - в 097 - д 102 - е

083 - в 088 - б 093 - в 098 - д 103 - г

084 - в 089 - в 094 - д 099 - г 104 - а

085 - в 090 - а 095 - д 100 - в

Раздел 9

ТРАВМЫ И ДЕФЕКТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001 - д 010 - а 019 - г 028 - г 037 - д

002 - г 011 - д 020 - д 029 - г 038 - д

003 - а 012 - д 021 - б 030 - в 039 - д

004 - а 013 - в 022 - б 031 - а 040 - д

005 - д 014 - д 023 - в 032 - д 041 - д

006 - а 015 - г 024 - г 033 - д 042 - д

007 - з 016 - а 025 - д 034 - д 043 - д

008 - д 017 - б 026 - д 035 - б 044 - д

009 - б 018 - в 027 - г 036 - д 045 - а

046 - г

047 - д

Раздел 10

КЛИНИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ

001 - в 019 - д 037 - д 055 - б 073 - д

002 - г 020 - а 038 - д 056 - д 074 - в

003 - в 021 - г 039 - а 057 - б 075 - б

004 - б 022 - а 040 - г 058 - д 076 - г

005 - в 023 - в 041 - в 059 - а 077 - д

006 - г 024 - б 042 - г 060 - б 078 - а

007 - б 025 - а 043 - д 061 - в 079 - д

008 - в 026 - д 044 - а 062 - б 080 - д

009 - в 027 - д 045 - б 063 - б 081 - б

010 - г 028 - в 046 - д 064 - в 082 - д

011 - б 029 - б 047 - д 065 - б 083 - д

012 - б 030 - г 048 - в 066 - в 084 - д

013 - а 031 - в 049 - д 067 - д 085 - д

014 - в 032 - б 050 - д 068 - а 086 - д

015 - б 033 - а 051 - д 069 - г 087 - б

016 - в 034 - в 052 - б 070 - г 088 - г

017 - в 035 - д 053 - д 071 - д 089 - д

018 - д 036 - д 054 - д 072 - д 090 - б

091 - в 102 - д 113 - а 124 - а 135 - г

092 - в 103 - б 114 - б 125 - в 136 - б

093 - в 104 - а 115 - г 126 - д 137 - а

094 - д 105 - д 116 - д 127 - д 138 - а

095 - в 106 - б 117 - д 128 - в 139 - б

096 - б 107 - д 118 - б 129 - б 140 - б

097 - б 108 - в 119 - д 130 - в 141 - в

098 - в 109 - д 120 - а 131 - г 142 - б

099 - в 110 - д 121 - г 132 - в 143 - г

100 - б 111 - в 122 - д 133 - а 144 - а

101 - а 112 - а 123 - г 134 - б 145 – б

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ**

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА. ДОКУМЕНТАЦИЯ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

1. Стоматологический кабинет должен иметь минимальную площадь

а) 7 кв.м

б) 14 кв.м

в) 21 кв.м.

Правильный ответ: б

2. На каждое дополнительное стоматологическое кресло требуется площадь не менее:

а) 5 кв.м.

б) 7 кв.м.

в) 9 кв.м.

г) 14 кв.м.

Правильный ответ: б

3. Пол стоматологического кабинета должен быть покрыт

а) древесноволокнистой плитой и покрашен масляной краской

б) древесноволокнистой плитой и покрашен нитрокраской

в) линолеумом

г) полихлорвиниловой плиткой

Правильный ответ: в

4. Является ли обязательным наличие приточно-вытяжной вентиляции в стоматологическом кабинете

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

5. Обязательное условие для работы с амальгамой

а) покрытие пола линолеумом

б) покрытие пола полихлорвиниловой плиткой

в) покрытие пола ДВП

Правильный ответ: а

6. Обязательное условие для работы с амальгамой

а) площадь кабинета не менее 14 кв.м.

б) площадь кабинета не менее 20 кв.м.

в) площадь кабинета не менее 10 кв.м.

Правильный ответ: б

7. Обязательное условие для работы с амальгамой

а) площадь кабинета не менее 14 кв.м.

б) покрытие пола полихлорвиниловой плиткой

в) наличие вытяжного шкафа, форточек и фрамуг

Правильный ответ: в

8. Для оснащения рабочего места врача-стоматолога необходима стоматологическая установка

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

9. Для оснащения рабочего места врача-стоматолога необходим инструментальный столик

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

10. Для оснащения рабочего места врача-стоматолога необходимо стоматологическое кресло

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

11. Для оснащения рабочего места врача-стоматолога необходим шкаф для пломбировочных материалов

а) да

б) нет

Правильный ответ: б

12. Какой диагностической аппаратурой должно оснащаться рабочее место врача-стоматолога

а) электроодонтометром

б) реопародонтографом

в) стоматоскопом

г) рентгенустановкой

Правильный ответ: а

13. Сколько терапевтов-стоматологов обслуживает медицинская сестра согласно штатному расписанию

а) 1

б) 2

в) 3

Правильный ответ: б

14. Врач-стоматолог ежедневно заполняет документацию :

а) медицинская карта уч.ф.043/у

б) журнал учета профилактической работы уч.ф.049/у

в) контрольная карта диспансерного наблюдения уч. ф. 030/у

Правильный ответ: а

15. Врач-стоматолог ежедневно заполняет документацию :

а) листок ежедневного учета работы врача-стоматолога уч.ф.037/у-88

б) журнал учета профилактической работы уч.ф.049/у

в) контрольная карта диспансерного наблюдения уч. ф. 030/у

Правильный ответ: а

16. В листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (ф.037/у-88) заносят:

а) количество принятых первичных и повторных больных

б) количество вылеченных зубов по поводу кариеса и его осложнений

в) ФИО больного, возраст, диагноз

Правильный ответ: в

17. В листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (ф.037/у-88) заносят:

а) количество принятых первичных и повторных больных

б) количество вылеченных зубов по поводу кариеса и его осложнений

в) выполнение стоматологической манипуляции

Правильный ответ: в

18. Сведения о проделанной работе заносят в сводную ведомость учета работы врача-стоматолога (уч.ф.039/у-88)

а) ежедневно

б) еженедельно

в) ежемесячно

Правильный ответ: а

19. Контроль правильности заполнения уч.ф.037/у проводится

а) медрегистратором

б) заведующим отделением

в) главным врачом

Правильный ответ: б

20. Сведения о лечении осложненного кариеса и количество УЕТ заносят в сводную ведомость учета работы врача-стоматолога (ф.039-2/у)

а) после каждого посещения

б) после окончания лечения

Правильный ответ: б

21. В медицинскую карту стоматологического больного (уч.ф.043/у) заносятся сведения

а) паспортные данные

б) рекомендации общеоздоровительного характера

в) санитарно-просветительную работу

Правильный ответ: а

22. В медицинскую карту стоматологического больного (уч.ф.043/у) заносятся сведения

а) рекомендации общеоздоровительного характера

б) диагностические исследования

в) санитарно-просветительную работу

Правильный ответ: б

23. В медицинскую карту стоматологического больного (уч.ф.043/у) заносятся сведения

а) санитарно-просветительную работу

б) рекомендации общеоздоровительного характера

в) лечебно-профилактические процедуры и назначения

Правильный ответ: в

24. Зубная формула в медицинскую карту стоматологического больного (уч.ф.043/у) заносится

а) при первичном обращении в стоматологическую поликлинику

б) при повторном посещении больного

в) после санации

Правильный ответ: а

25. Контроль правильности заполнения медицинской карты (уч.ф.043/у) проводится

а) медрегистратором

б) заведующим отделением

в) главным врачом

Правильный ответ: б

АСЕПТИКА, АНТИСЕПТИКА, СТЕРИЛИЗАЦИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

1. Антисептика -

а) это система мероприятий по профилактике раневой инфекции (стерилизация белья, шовного и перевязочного материала, инструментария, подготовка рук стоматолога, подготовка операционного поля)

б) это система мероприятий, направленных на борьбу с микроорганизмами, находящихся и развивающихся в тканях и органах больного

Правильный ответ: б

2. Асептика

а) это система мероприятий по профилактике раневой инфекции (стерилизация белья, перевязочного и шовного материала, подготовка рук стоматолога, подготовка операционного поля)

б) это система мероприятий, направленных на борьбу с микроорганизмами, находящихся и развивающихся в тканях и органах больного

Правильный ответ: а

3. Последовательность предстерилизационной обработки инструментов

а) замачивание инструментов в 2% растворе хлорамина, ополаскивание проточной водой, замачивание в моющем растворе на 15 мин. при температуре 50 градусов С

б) ополаскивание проточной водой, замачивание инструментов в 2% растворе хлорамина, замачивание в моющем растворе на 15 мин. при температуре 50 градусов С

в) замачивание в моющем растворе на 15 мин. при температуре 50 градусов С, ополаскивание проточной водой, замачивание инструментов в 2% растворе хлорамина

Правильный ответ: а

4. Вид стерилизации инструментария, принятый в стоматологии

а) физический

б) биологический

в) механический

Правильный ответ: а

5. Вид стерилизации инструментария, принятый в стоматологии

а) механический

б) биологический

в) химический

Правильный ответ: в

6. Паром под давлением обычно стерилизуют

а) стоматологические зеркала

б) перевязочный материал

в) режущие инструменты

г) цельнометаллические инструменты

Правильный ответ: б

7. Химическая стерилизация применяется для обеззараживания

а) цельнометаллических инструментов

б) стоматологических зеркал

в) перевязочного материала

Правильный ответ: б

8. Химическая стерилизация применяется для обеззараживания

а) цельнометаллических инструментов

б) лотков

в) перевязочного материала

г) режущих инструментов

Правильный ответ: г

9. Химическая стерилизация может применяться для обеззараживания

а) цельнометаллических инструментов

б) лотков

в) перевязочного материала

г) эндодонтического инструментария

Правильный ответ: г

10. Химическая стерилизация может применяться для обеззараживания

а) цельнометаллических инструментов

б) боров

в) перевязочного материала

г) лотков

Правильный ответ: б

11. Сухожаровая стерилизация применяется для обеззараживания

а) перчаток

б) стоматологических зеркал

в) режущих инструментов

г) цельнометаллических инструментов

Правильный ответ: г

12. Время сухожаровой стерилизации стоматологических инструментов составляет

а) 15 мин.

б) 25 мин.

в) 60 мин.

г) 100 мин

д) 120 мин

Правильный ответ: в

13. В сухожаровом шкафу инструментарий стерилизуют при температуре

а) 100° С

б) 80° С

в) 180° С.

Правильный ответ: в

14. Режущие инструменты и зеркала после стерилизации следует хранить

а) в 96% спирте

б) в 70% спирте

в) в 6% растворе перекиси водорода

г) в 3% растворе перекиси водорода

Правильный ответ: в

15. Режущие инструменты и зеркала после стерилизации следует хранить

а) в 96% спирте

б) в эфире

в) в стерильных шкафах

г) в 3% растворе перекиси водорода

Правильный ответ: в

16. Воздух в стоматологическом кабинете обеззараживают

а) проветриванием

б) кварцеванием

в) обработкой парами антисептиков

Правильный ответ: б

17. Для стерилизации стоматологических зеркал применяют

а) антисептические растворы

б) автоклавирование

в) сухожаровой метод

Правильный ответ: а

18. Для стерилизации лотков используют метод

а) сухожаровой

б) автоклавирование

в) химический

г) кипячение в воде

Правильный ответ: а

19. Для стерилизации стоматологических зеркал используют метод

а) сухожаровой

б) автоклавирование

в) химический

г) кипячение в масле

Правильный ответ: в

20. Для дезинфекции наконечников используют метод

а) сухожаровой

б) автоклавирование

в) химический

Правильный ответ: в

21. Что такое дезинфекция

а) уничтожение спорообразных форм микроорганизмов

б) уничтожение вегетативных форм микроорганизмов

в) уничтожение всех видов и форм микроорганизмов

Правильный ответ: б

22. Для стерилизации наконечников используют метод

а) сухожаровой

б) автоклавирование

в) химический

г) кипячение в воде

Правильный ответ: б

23. Способ холодной стерилизации инструментария

а) погружение в 6% раствор перекиси водорода при температуре 18 гр. на 6 часов

б) погружение в 3% раствор перекиси водорода при температуре 50 гр. на 2 часа

в) погружение в 3% раствор хлорамина на 1 час

Правильный ответ: а

24. Способ холодной стерилизации инструментария

а) погружение в 3% раствор перекиси водорода при температуре 18 гр. на 10 часов

б) погружение в 6% раствор перекиси водорода при температуре 50 гр. на 3 часа

в) погружение в 3% раствор хлорамина на 1 час

Правильный ответ: б

25. Раствор для химической стерилизации

а) 3% хлорамин

б) 6% перекись водорода

в) 3% перекись водорода

Правильный ответ: б

26. Раствор для химической стерилизации

а) 3% хлорамин

б) 2,5% глутаровый альдегид

в) 3% перекись водорода

Правильный ответ: б

27. Раствор для химической стерилизации

а) 3% хлорамин

б) 3% перекись водорода

в) 1% дезоксон-1

Правильный ответ: в

28. Время сохранения стерильности содержимого бикса после его вскрытия

а) 3 суток

б) 6 часов

в) одни сутки

г) 2 суток

Правильный ответ: б

29. Срок стерильности содержимого бикса с фильтром без вскрытия

а) 3 суток

б) 6 часов

в) одни сутки

г) 2 суток

д) 20 суток

Правильный ответ: д

30. Срок стерильности содержимого бикса без фильтра без вскрытия

а) 3 суток

б) 6 часов

в) одни сутки

г) 2 суток

д) 20 суток

Правильный ответ: а

31. Стерильный стол накрывается на:

а) 24 часа

б) 6 часов

в) 48 часов

Правильный ответ: б

32. Обработка стоматологических боров проводится следующим образом

а) замочить в 95% спирт на 1 час, промыть проточной водой 1 мин, затем дистиллированной водой 1 мин.

б) замочить на 30 минут в «Гратонат», ершевание в растворе 0,5 мин каждый бор, промыть проточной водой 0,5 мин, затем дистиллированной водой 0,5 мин

Правильный ответ: б

33. Обработка стоматологических боров проводится следующим образом

а) замочить в 95% спирт на 1 час, промыть проточной водой 1 мин, затем дистиллированной водой 1 мин.

б) замочить на 15 минут в «Гратонат», ультразвуковая обработка 4 мин, промыть проточной водой 0,5 мин, затем дистиллированной водой 0,5 мин

Правильный ответ: б

34. Назовите антисептический раствор

а) трипсин

б) хлоргекидин

в) ЭДТА

г) унитиол

Правильный ответ: б

35. Назовите антисептический раствор

а) трипсин

б) перекись водорода

в) ЭДТА

г) унитиол

Правильный ответ: б

АНАТОМИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ЗУБОВ

1. Постоянные зубы прорезываются

а) во втором полугодии жизни

б) от 1 до 3-х лет

в) от 6 до 14 лет

г) от 10 до 16 лет

Правильный ответ: в

2. Клинической коронкой называют часть зуба

а) покрытую эмалью

б) покрытую цементом

в) выступающую в полость рта

Правильный ответ: в

3. У коронки резца нет поверхности

а) вестибулярная

б) дистальная

в) медиальная

г) латеральная

д) режущий край

Правильный ответ: б

4. У коронки жевательного зуба нет поверхности

а) окклюзионная

б) вестибулярная

в) режущая

г) проксимальная

д) дистальная

Правильный ответ: в

5. Среднее соотношение анатомической коронки к корню зуба составляет

а) 1:1

б) 1:2

в) 1:3

Правильный ответ: б

6. Какие зубы наиболее приспособлены к откусыванию пищи

а) центральные

б) боковые

Правильный ответ: а

7. Какие зубы наиболее приспособлены к размалыванию и растиранию пищи

а) центральные

б) боковые

Правильный ответ: б

8. Высота коронки от резцов к молярам

а) увеличивается

б) не меняется

в) уменьшается

Правильный ответ: в

9. Сколько зубов во временном прикусе

а) 16

б) 20

в) 28

Правильный ответ: б

10. Сколько зубов в постоянном прикусе

а) 16

б) 20

в) 32

Правильный ответ: в

11. Назовите группу зубов, отсутствующую во временном прикусе

а) резцы

б) клыки

в) премоляры

г) моляры

Правильный ответ: в

12. Коронка резца имеет форму

а) долотообразную

б) коническую

в) округлую

г) овальную

Правильный ответ: а

13. Анатомические признаки центрального резца верхней челюсти

а) крупная долотообразная коронка, один уплощенный корень длиной 23-25мм, соотношение длины коронки к длине корня 1:2

б) долотообразная коронка с невыраженным признаком угла, один уплощенный корень с более выраженной латеральной бороздой, соотношение коронки и корня 1:1,5

в) крупная коронка конической формы, один корень соотношение длины коронки и корня 1:2,3.

Правильный ответ: а

14. Анатомические признаки центрального резца нижней челюсти

а) крупная долотообразная коронка, один уплощенный корень длиной 23-25мм, соотношение длины коронки к длине корня 1:2

б) долотообразная коронка с невыраженным признаком угла, один уплощенный корень с более выраженной латеральной бороздой, соотношение коронки и корня 1:1,5

в) крупная коронка конической формы, один корень соотношение длины коронки и корня 1:2,3.

Правильный ответ: б

15. Анатомические признаки клыка

а) крупная долотообразная коронка, один уплощенный корень длиной 23-25мм, соотношение длины коронки к длине корня 1:2

б) долотообразная коронка с невыраженным признаком угла, один уплощенный корень с более выраженной латеральной бороздой, соотношение коронки и корня 1:1,5

в) крупная коронка конической формы, один корень соотношение длины коронки и корня 1:2,3.

Правильный ответ: в

16. Форма коронки и количество бугров у премоляра

а) коническая с одним бугром

б) прямоугольная с двумя буграми (вестибулярный и оральный)

в) ромбовидная с двумя вестибулярными и тремя оральными буграми

Правильный ответ: б

17. Форма коронки и количество бугров у первого моляра верхней челюсти

а) коническая с одним бугром

б) ромбовидная с двумя буграми (вестибулярный и оральный)

в) ромбовидная с двумя щечными и двумя небными буграми

г) прямоугольная с тремя щечными и двумя язычными буграми

Правильный ответ: в

18. Форма коронки и количество бугров у первого моляра нижней челюсти

а) кубовидная с тремя щечными и двумя язычными буграми

б) ромбовидная с двумя буграми (вестибулярный и оральный)

в) ромбовидная с двумя щечными и тремя язычными буграми

г) кубовидная с двумя щечными и двумя небными буграми

Правильный ответ: а

19. Форма полости моляров верхней челюсти

а) кубовидная с тремя устьями (2 медиальных, 1 дистальное)

б) ромбовидная с тремя устьями (2 щечных, 1 небное)

в) щелевидная с двумя устьями (щечное и небное)

Правильный ответ: б

20. Двухкорневые зубы

а) первый премоляр верхней челюсти

б) премоляры нижней челюсти

в) моляры верхней челюсти

г) второй премоляр верхней челюсти

Правильный ответ: а

21. Корни первого моляра верхней челюсти:

а) небный и два щечных

б) передний и задний

в) небный и щечный

Правильный ответ: а

22. Корни первого моляра нижней челюсти:

а) небный и два щечных

б) передний и задний

в) язычный и щечный

Правильный ответ: б

23. Корневые каналы первого премоляра верхней челюсти

а) медиальный и дистальный

б) небный и щечный

в) небный и два щечных

Правильный ответ: б

24. Корневые каналы моляра нижней челюсти

а) небный, переднещечный, заднещечный

б) переднещечный, переднеязычный, задний

в) язычный и щечный

Правильный ответ: б

25. Корневые каналы моляра верхней челюсти

а) небный и щечный

б) небный, переднещечный, заднещечный

в) переднещечный, переднеязычный, задний

Правильный ответ: б

26. В молярах верхней челюсти встречается четвертый корневой канал

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

27. Четвертый корневой канал в молярах верхней челюсти может находится в корне

а) небном

б) передне-щечном

в) задне-щечном

Правильный ответ: б

28. В резцах и клыках нижней челюсти может находиться второй корневой канал

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

29. Возрастное изменение зубов в норме:

а) истирание эмали бугров, режущих краев

б) обнажение корней на 1/4 - 1/3 длины

в) смещение зубов в дистальном направлении

Правильный ответ: а

30. Возрастное изменение зубов в норме:

а) смещение зубов в дистальном направлении

б) увеличение площади контактного пункта

в) обнажение корней на 1/4 - 1/3 длины

Правильный ответ: б

31. Объем полости зуба с возрастом

а) увеличивается

б) не меняется

в) уменьшается

Правильный ответ: в

32. Наибольшую толщину имеет эмаль

а) бугров клыков, премоляров и моляров

б) контактных поверхностей моляров

в) вестибулярной поверхености резцов

Правильный ответ: а

33. Толщина дентина моляров составляет в среднем

а) 0,5-1,5 мм

б) 2,5-3,5 мм

в) 5,0-6,0 мм

Правильный ответ: б

34. Толщина эмали в пришеечной области не превышает

а) 1 мм

б) 0,5 мм

в) 0,2 мм

Правильный ответ: б

35. Средняя толщина эмали на окклюзионной поверхности жевательных зубов:

а) 0,5 - 1 мм

б) 1,5 - 2 мм

в) 3 - 3,5 мм

Правильный ответ: б

36. Средняя толщина дентина свода полости премоляров и моляров:

а) 1,5 - 2 мм

б) 2,5 - 3,0 мм

в) 3 -3,5 мм

Правильный ответ: в

37. Средняя толщина дентина боковых стенок премоляров и моляров составляет

а) 1,5 - 2 мм

б) 2 - 2,5 мм

в) 2,5 - 3 мм

Правильный ответ: б

38. Зубы с возрастом

а) белеют

б) желтеют

в) сереют

Правильный ответ: б

39. Зубы с низкой кариесрезистентностью имеют

а) бело-голубой цвет

б) серый цвет

в) бело-желтый цвет

Правильный ответ: а

40. Зубы с высокой кариесрезистентностью имеют

а) бело-голубой цвет

б) серый цвет

в) бело-желтый цвет

Правильный ответ: в

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ И ФИЗИОЛОГИЯ ЗУБОВ

1. Полосами Гунтера-Шрегера называют

а) линии минерализации эмали

б) различное расположение эмалевых призм на шлифе

в) межпризменное пространство

Правильный ответ: б

2. Эмалевые призмы по отношению к эмалево-дентинной границе зуба располагаются

а) параллельно

б) перпендикулярно

в) тангенциально

Правильный ответ: б

3. Линиями Рециуса называют

а) различное расположение эмалевых призм на шлифе

б) линии минерализации эмали

в) валикообразные образования шейки зуба

Правильный ответ: б

4. Призмы проходят сквозь толщу эмали

а) аркадообразно

б) S- образно

в) сетеобразно

Правильный ответ: б

5. Эмалевыми пластинками называют:

а) белковые оболочки пучков призм

б) колбовидные окончания дентинных канальцев

в) межпризменные пространства

Правильный ответ: а

6. Эмалевыми веретенами называют:

а) белковые оболочки пучков призм

б) колбовидные окончания дентинных канальцев

в) межпризменные пространства

Правильный ответ: б

7. Влияет ли структура и состав эмали на ее проницаемость

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

8. Проницаемость эмали с возрастом

а) понижается

б) не меняется

в) возрастает

Правильный ответ: а

9. Укажите химический состав эмали:

а) 50% неорганические вещества, 46% органические вещества, 4% вода

б) 70% неорганические вещества, 20% органические вещества, 10% вода

в) 95% неорганические вещества, 1,5% органические вещества, 3,5% вода

Правильный ответ: в

10. Структура эмали подвержена деминерализации при коэффициенте соотношения Са/ Р

а) 1,3-1,5

б) 1,6-1,9

в) 2-2,3

Правильный ответ: а

11. Структура эмали устойчива к воздействию кислот при коэффициенте соотношения Са/Р

а) 1,3-1,5

б) 1,6-1,9

Правильный ответ: б

12. Связанная вода в структуре эмали выполняет функцию

а) трофическую

б) связывающую

в) является средой для ионообменных процессов

Правильный ответ: в

13. Укажите способ проникновения минеральных компонентов в поверхностный слой эмали

а) из слюны через пелликулу в зубной ликвор

б) по зубному ликвору

в) из окончаний отростков одонтобластов (веретен) в зубной ликвор

Правильный ответ: а

14. Укажите способ проникновения минеральных компонентов в средний слой эмали

а) из слюны через пелликулу в зубной ликвор

б) по зубному ликвору

в) из окончаний отростков одонтобластов (веретен) в зубной ликвор

Правильный ответ: б

15. Укажите способ проникновения минеральных компонентов в глубокий слой эмали

а) из слюны через пелликулу в зубной ликвор

б) по зубному ликвору

в) из окончаний отростков одонтобластов (веретен) в зубной ликвор

Правильный ответ: в

16. Назовите слой эмали, наиболее устойчивый к кислотному воздействию

а) поверхностный

б) средний

в) глубокий

Правильный ответ: а

17. Основным путем проникновения ионов кальция, фосфора, фтора в эмаль является

а) центробежный (из сосудов пульпы по отросткам одонтобластов в зубной ликвор)

б) центростремительный (из ротовой жидкости через пелликулу в зубной ликвор)

Правильный ответ: б

18. Под действием электрического тока проницаемость эмали

а) уменьшается

б) не меняется

в) увеличивается

Правильный ответ: в

19. После удаления пелликулы абразивами кислотоустойчивость эмали

а) уменьшается

б) не меняется

в) увеличивается

Правильный ответ: а

20. Укажите химический состав дентина

а) 95% неорганического вещества, 1.5% органического вещества, 3.5% воды

б) 70% неорганического вещества, 20% органического вещества, 10% воды

в) 50% неорганического вещества, 32% органического вещества, 18% воды

Правильный ответ: б

21. Укажите химический состав цемента

а) 95% неорганического вещества, 1.5% органического вещества, 3.5% воды

б) 70% неорганического вещества, 20% органического вещества, 10% воды

в) 50% неорганического вещества, 32% органического вещества, 18% воды

Правильный ответ: в

22. Основное вещество дентина представлено

а) минерализованным коллагеном

б) дентинными канальцами

Правильный ответ: а

23. Дентин с преобладанием радиальных коллагеновых волокон называют

а) плащевым.

б) предентином

в) интерглобулярным

г) прозрачным

Правильный ответ: а

24. Зона постоянного роста дентина называется

а) предентин

б) плашевой дентин

в) прозрачный дентин

г) интерглобулярный дентин

Правильный ответ: а

25. Дентин, лишенный правильного строения, называется

а) первичный

б) вторичный

в) третичный (иррегулярный)

г) интерглобулярный

Правильный ответ: в

26. В процессе функционирования зуба образуется дентин

а) первичный

б) вторичный

в) третичный (иррегулярный)

Правильный ответ: б

27. Усиленное образование вторичного дентина происходит

а) при истирании эмали и дентина

б) при кариозном процессе

Правильный ответ: а

28. Между собой дентинные канальцы

а) сообщаются с помощью анастомозов

б) переплетаются

в) не сообщаются

Правильный ответ: а

29. Дентинный каналец заполнен

а) отростком одонтобласта

б) дентинным ликвором

Правильный ответ: а

30. Цемент по своей структуре и химическому составу напоминает

а) хрящ

б) дентин

в) грубоволокнистую кость

Правильный ответ: в

31. Цемент содержит кровеносные сосуды и нервы

а) да

б) нет

Правильный ответ: б

32. Питание цемента происходит за счет

а) одонтобластов

б) цементоцитов

в) цементобластов

Правильный ответ: б

33. Зоны первичного (бесклеточного) цемента располагаются

а) вокруг дентина преимущественно в пришеечной области

б) покрывает дентин в области верхушки и фуркации корня

Правильный ответ: а

34. Зоны вторичного (клеточного) цемента располагаются

а) вокруг дентина преимущественно в пришеечной области

б) покрывает дентин в области верхушки и фуркации корня

Правильный ответ: б

35. Резорбция цемента и дентина в норме отмечается у зубов

а) временных

б) постоянных

в) временных и

постоянных

Правильный ответ: а

36. Клеточный цемент содержит

а) цементобласты

б) одонтобласты

в) остеобласты

Правильный ответ: а

37. Пульпа зуба представлена соединительной тканью

а) рыхлой

б) грубоволокнистой

Правильный ответ: а

38. Одонтобласты в пульпе зуба расположены

а) периферически 2-3х клеточным слоем

б) по периферии пульпы под слоем одонтобластов (промежуточный слой)

в) в центральном слое

Правильный ответ: а

39. Звездчатые клетки пульпы зуба расположены

а) в периферическом слое

б) по периферии пульпы под слоем одонтобластов (промежуточный слой)

в) в центральном слое

Правильный ответ: в

40. Слой пульпы, состоящий в основном из клеточных отростков и волокон, называется

а) периферический (одонтобластический)

б) субодонтобластический

в) центральный

Правильный ответ: б

41. Кровеносные сосуды пульпы имеют анастомозы

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

42. Пластическая функция пульпы зуба заключается

а) построение дентина

б) регулирование обменных процессов, создание тока дентинной жидкости

в) связывание и нейтрализация продуктов воспаления и токсинов

Правильный ответ: а

43. Трофическая функция пульпы зуба заключается

а) построение дентина

б) регулирование обменных процессов, создание тока дентинной жидкости

в) связывание и нейтрализация продуктов воспаления и токсинов

Правильный ответ: б

44. Барьерная функция пульпы зуба заключается

а) построение дентина

б) регулирование обменных процессов, создание тока дентинной жидкости

в) связывание и нейтрализация продуктов воспаления и токсинов

Правильный ответ: в

45. К прогрессивным относятся процессы, протекающие в пульпе зуба

а) образование дентиклей

б) сетчатая атрофия

в) некроз

Правильный ответ: а

46. К регрессивным относятся процессы, протекающие в пульпе зуба

а) образование дентиклей

б) сетчатая атрофия

в) образование петрификатов

Правильный ответ: б

47. Вид дентиклей

а) интерстициальные

б) корневые

в) коронковые

Правильный ответ: а

48. Вид дентиклей

а) коронковые

б) пристеночные

в) корневые

Правильный ответ: б

49. Физиологическая роль пелликулы зуба

а) снижает кариесрезистентность эмали

б) придает эмали избирательную проницаемость

в) замедляет диффузию ионов кальция в поверхностный слой эмали

г) уменьшает проникновение ионов фтора

д) способствует адгезии микроорганизмов

Правильный ответ: б

50. Процессы ионного обмена, минерализацию и деминерализацию обеспечивает

а) микротвердость

б) проницаемость

в) растворимость

Правильный ответ: б

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

1. Целью обследования больного является

а) установление диагноза

б) выбор метода лечения

в) выбор инструментария

Правильный ответ: а

2. Расспрос больного начинают

а) со сбора жалоб

б) со сведений о перенесенных заболеваниях

в) с истории заболевания

г) с истории жизни

Правильный ответ: а

3. Методы обследования больного делятся на

а) основные и дополнительные

б) основные и косвенные

в) инструментальные и визуальные

Правильный ответ: а

4. Интенсивность зубной боли зависит от

а) психо-эмоционального статуса пациента

б) времени суток

в) нозологической формы

г) всего перечисленного

Правильный ответ: г

5. Описание боли пациентом зависит от

а) психо-эмоционального статуса пациента

б) уровня интеллекта

в) характера боли

г) всего перечисленного

Правильный ответ: г

6. Жалобы являются симптомом

а) объективным

б) субъективным

Правильный ответ: б

7. Информация о профессиональных вредностях нужна для диагностики некоторых стоматологических заболеваниях

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

8. Информация о профессиональных вредностях нужна для диагностики

а) кариеса

б) некариозных поражений

в) пульпита

Правильный ответ: б

9. Информация о профессиональных вредностях нужна для диагностики

а) кариеса

б) заболеваний слизистой оболочки полости рта

в) пульпита

Правильный ответ: б

10. При расспросе стоматологического больного важно собрать аллергологический анамнез

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

11. По характеру различают боль

а) ноющая, пульсирующая, острая

б) постоянная, приступообразная

в) локализованная, иррадиирующая

Правильный ответ: а

12. По продолжительности различают боль

а) ноющая, пульсирующая, острая

б) постоянная, приступообразная

в) локализованная, иррадиирующая

Правильный ответ: б

13. Боль при кариесе возникает от внешних раздражителей

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

14. Боль, возникающая без воздействия внешних раздражителей называется

а) спонтанной

б) самопроизвольной

в) хаотичной

г) беспричинной

Правильный ответ: б

15. Время суток при появлении самопроизвольной боли имеет диагностическое значение

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

16. Острая самопроизвольная боль в челюстно-лицевой области отмечается при

а) остром пульпите

б) глубоком кариесе

в) эрозии эмали

Правильный ответ: а

17. Острая самопроизвольная боль в челюстно-лицевой области отмечается при

а) неврите лицевого нерва

б) глубоком кариесе

в) эрозии эмали

Правильный ответ: а

18. Резкая приступообразная боль в челюстно-лицевой области отмечается при

а) глубоком кариесе

б) остром пульпите

в) невралгии тройничного нерва

Правильный ответ: в

19. Постоянная ноющая боль в челюстно-лицевой области отмечается при

а) клиновидном дефекте

б) глубоком кариесе

в) хроническом периодонтите

Правильный ответ: в

20. Иррадиация боли в область головы и шеи отмечается при

а) инфаркте миокарда

б) гипертоническом кризе

в) остром холецистите

г) остром панкреатите

Правильный ответ: а

21. Один из основных методов обследования стоматологического больного

а) осмотр

б) термопроба

в) электроодонтодиагностика

г) рентгенография

Правильный ответ: а

22. Один из основных методов обследования стоматологического больного

а) рентгенография

б) пальпация

в) термопроба

г) электроодонтодиагностика

Правильный ответ: б

23. Один из основных методов обследования стоматологического больного

а) рентгенография

б) перкуссия

в) термопроба

г) электроодонтодиагностика

Правильный ответ: б

24. Один из основных методов обследования стоматологического больного

а) рентгенография

б) зондирование

в) термопроба

г) электроодонтодиагностика

Правильный ответ: б

25. При перкуссии зуба определяют состояние

а) пульпы

б) твердых тканей зуба

в) периодонта

г) костной ткани челюсти

Правильный ответ: в

26. При зондировании кариозной полости определяют

а) форму поражения

б) глубину полости

в) состояние периодонта

г) состояние костной ткани челюсти

Правильный ответ: б

27. При зондировании кариозной полости определяют

а) форму поражения

б) сообщение кариозной полости с полостью зуба

в) состояние периодонта

г) состояние костной ткани челюсти

Правильный ответ: б

28. При зондировании кариозной полости определяют

а) форму поражения

б) участки болезненности

в) состояние периодонта

г) состояние костной ткани челюсти

Правильный ответ: б

29. При пальпации зуба определяют

а) подвижность

б) глубину полости

в) кровоточивость

Правильный ответ: а

30. Дифференциальную диагностику проводят с заболеваниями схожими по клиническому проявлению

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

31. Один из дополнительных методов обследования стоматологического больного

а) перкуссия

б) термодиагностика

в) зондирование

г) пальпация

Правильный ответ: б

32. Один из дополнительных методов обследования стоматологического больного

а) перкуссия

б) рентгендиагностика

в) зондирование

г) пальпация

Правильный ответ: б

33. Один из дополнительных методов обследования стоматологического больного

а) перкуссия

б) электроодонтодиагностика

в) зондирование

г) пальпация

Правильный ответ: б

34. Один из дополнительных методов обследования стоматологического больного

а) перкуссия

б) люминесцентная диагностика

в) зондирование

г) пальпация

Правильный ответ: б

35. При электроодонтодиагностике (ЭОД) определяют состояние

а) пульпы

б) твердых тканей зуба

в) костной ткани челюсти

г) десны

Правильный ответ: а

36. При интактном резце показатели электровозбудимости (ЭОД) снимают

а) с угла коронки

б) с середины режущего края

в) с вестибулярной поверхности в пришеечной области

Правильный ответ: б

37. При интактном премоляре показатели электровозбудимости (ЭОД) снимают

а) с вершины щечного бугра

б) с середины режущего края

в) с вестибулярной поверхности в пришеечной области

Правильный ответ: а

38. При интактном моляре показатели электровозбудимости (ЭОД) снимают

а) с вершины переднего щечного бугра

б) с вершины заднего щечного бугра

в) с вестибулярной поверхности в пришеечной области

Правильный ответ: а

39. Электроодонтодиагностику (ЭОД) можно проводить со дна кариозной полости

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

40. Изучение рентгенограммы проводят

а) до расспроса

б) после расспроса до осмотра

в) после расспроса и осмотра

Правильный ответ: в

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ

1. По назначению стоматологический инструментарий разделяется на группы

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

2. По назначению стоматологических инструментов можно выделить группу

а) для замешивания пломбировочных материалов

б) для осмотра полости рта

в) для обработки кариозной полости

Правильный ответ: б

3. По назначению стоматологических инструментов можно выделить группу

а) для пломбирования

б) для объективного обследования

в) для обработки кариозной полости

Правильный ответ: а

4. Стоматологический шпатель используют

а) для замешивания пломбировочного материала

б) для осмотра полости рта

Правильный ответ: а

5. Для осмотра зубов достаточно стоматологического зеркала

а) да

б) нет

Правильный ответ: б

6. Экскаватор используют

а) для расширения кариозной полости

б) некротомии дентина

в) внесения пломбировочного материала

Правильный ответ: б

7. Стоматологический пинцет используют для

а) определения подвижности зубов

б) обнаружения кариозной полости

Правильный ответ: а

8. Фиссуры, ямки, апроксимальные поверхности зуба исследуют

а) зондом

б) пинцетом

в) гладилкой

Правильный ответ: а

9. Для замешивания пломбировочного материала необходим

а) штопфер

б) шпатель

в) пинцет

Правильный ответ: б

10. Колесовидный бор используют для

а) раскрытия кариозной полости

б) формирования плоского дна кариозной полости

в) создания ретенционных пунктов в дентине

г) вскрытия полости зуба

Правильный ответ: в

11. Шаровидный бор используют

а) для некротомии дентина

б) для формирования стенок кариозной полости

в) для шлифования пломбы

Правильный ответ: а

12. Штопфер-гладилка применяется для

а) внесения пломбировочного материала

б) формирования кариозной полости

в) удаления размягченного дентина

Правильный ответ: а

13. Для внесения и конденсирования пломбировочного материала, моделирования пломбы служит

а) шпатель

б) зонд

в) штопфер-гладилка

г) пинцет

Правильный ответ: в

14. Глубину кариозной полости и сообщение ее с полостью зуба определяют с помощью

а) пинцета и зонда

б) стоматологического зеркала и зонда

в) стоматологического зеркала и шпателя

г) глубиномера

Правильный ответ: б

15. Наличие назубных отложений определяют с помощью

а) пинцета и зонда

б) стоматологического зеркала и зонда

в) стоматологического зеркала и шпателя

г) экскаватора

Правильный ответ: б

16. Наличие размягченного дентина определяют с помощью

а) пинцета и зонда

б) стоматологического зеркала и зонда

в) стоматологического зеркала и шпателя

г) штопфера

Правильный ответ: б

17. Болезненность стенок и дна кариозной полости определяют с помощью

а) пинцета и зонда

б) стоматологического зеркала и зонда

в) стоматологического зеркала и штопфера

г) гладилки

Правильный ответ: б

18. Стоматологическое зеркало увеличивает изображение

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

19. Стоматологическим зеркалом можно фиксировать язык, губы, щеки

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

20. Стоматологическим зеркалом можно направить пучок света на нужный участок полости рта

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

ЭНДОДОНТИЯ

1. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группу инструментов:

а) инструменты для пломбирования канала

б) инструменты для обработки канала

в) инструменты для осмотра полости зуба

Правильный ответ: а

2. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группу инструментов:

а) инструменты для обработки канала

б) инструменты для осмотра полости зуба

в) инструменты для прохождения и расширения корневого канала

Правильный ответ: в

3. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группу инструментов:

а) инструменты для обработки канала

б) инструменты для пульпы

в) инструменты для осмотра полости зуба

г) диагностические эндодонтические инструменты

Правильный ответ: г

4. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группу инструментов:

а) инструменты для расширения устьев корневых каналов

б) инструменты для удаления пульпы

в) инструменты для обработки канала

Правильный ответ: а

5. Диагностический эндодонтический инструмент

а) пульпоэкстрактор

б) дрильбор

в) рашпиль

г) корневая игла

Правильный ответ: г

6. Эндодонтический инструмент для удаления мягких тканей

а) пульпоэкстрактор

б) дрильбор

в) рашпиль

г) бурав

Правильный ответ: а

7. Эндодонтический инструментарий по стандартам ISO маркируется

а) цветом ручки инструмента

б) цветом рабочей части

в) цифрами (указана длина)

Правильный ответ: а

8. Эндодонтический инструментарий по стандартам ISO маркируется

а) цифрами (указана длина)

б) цифрами (указан диаметр рабочей части)

в) цветом рабочей части

Правильный ответ: б

9. Эндодонтический инструментарий по стандартам ISO маркируется

а) цветом рабочей части

б) цифрами (указана длина)

в) геометрической фигурой

Правильный ответ: в

10. Эндодонтический инструмент для пломбирования канала

а) штопфер корневой

б) дрильбор

в) рашпиль

г) развертка

Правильный ответ: а

11. Эндодонтический инструмент для пломбирования канала

а) рашпиль

б) дрильбор

в) каналонаполнитель

г) развертка

Правильный ответ: в

12. Направление вращения каналонаполнителя при заполнении канала

а) по часовой стрелке

б) против часовой стрелке

Правильный ответ: а

13. Для удаления инфицированного дентина со стенок канала предназначен

а) пульпоэкстрактор

б) корневой бурав (Н-файл)

в) дрильбор

Правильный ответ: б

14. Для чего используют корневой плаггер

а) для вертикальной конденсации гуттаперчи в корневых каналах

б) для латеральной конденсации гуттаперчи в корневых каналах

в) для определения проходимости корневых каналов

Правильный ответ: а

15. Для чего используют корневой спредер

а) для вертикальной конденсации гуттаперчи в корневых каналах

б) для латеральной конденсации гуттаперчи в корневых каналах

в) для определения проходимости корневых каналов

Правильный ответ: б

16. Каким инструментом целесообразно удалять пульпу

а) пульпоэкстрактором

б) корневым рашпилем

в) К-файлом

Правильный ответ: а

17. Бумажные корневые штифты используют для

а) измерения длины канала

б) высушивания корневого канала

в) постоянного пломбирования канала

Правильный ответ: б

18. К одноразовым относится инструмент

а) пульпоэкстрактор

б) дрильбор

в) каналонаполнитель

Правильный ответ: а

19. Самый минимальный размер файлов

а) 08

б) 10

в) 04

г) 06

Правильный ответ: г

20. Раскрытие полости зуба необходимо

а) для улучшения фиксации пломбы и восстановления формы зуба

б) для обеспечения доступа к корневым каналам

в) для проведения рентгенологического обследования

Правильный ответ: б

21. Раскрытие полости зуба верхнего премоляра проводится в направлении

а) переднезаднем

б) щечно-небном

Правильный ответ: б

22. Назначение корневого штопфера

а) удаление инфицированного дентина со стенок канала

б) выравнивание стенок канала

в) удаление пульпы или путридных масс

г) конденсация корневого наполнителя

Правильный ответ: г

23. Цифра на ручке эндодонтического инструмента обозначает (по системе ISO)

а) длину инструмента

б) диаметр сечения инструмента

в) номер в классификации

Правильный ответ: б

24. Полость зуба в премолярах и молярах раскрывается с поверхности

а) язычной

б) щечной

в) контактной

г) жевательной

Правильный ответ: г

25. Объем тканей, удаляемых при раскрытии полости зуба, определяется

а) анатомической формой полости зуба

б) размером кариозной полости

Правильный ответ: а

26. Какой инструмент используется для обтурации корневых каналов гуттаперчей

а) штопфер корневой

б) К-файл

в) развертка

г) спредер

Правильный ответ: г

27. Раскрытие полости зуба нижнего премоляра проводится в направлении

а) переднезаднем

б) щечно-язычном

Правильный ответ: б

28. Назначение дрильбора

а) удаление пульпы

б) прохождение канала

в) пломбирование канала

Правильный ответ: б

29. Полость зуба в резцах и клыках раскрывается с поверхности

а) оральной

б) вестибулярной

в) контактной

Правильный ответ: а

30. Движения бурава при работе в корневом канале

а) вертикальное, не касаясь стенок канала

б) вертикальные, прижимая инструмент к стенке канала

в) вращение по часовой стрелке

г) вращение против часовой стрелке

Правильный ответ: б

31. К отлому эндодонтического инструмента в корневом канале приводит

а) несоблюдение предельных углов поворота инструмента

б) отсутствие рентгенограммы зуба

в) работа во влажном канале

Правильный ответ: а

32. К отлому эндодонтического инструмента в корневом канале приводит

а) работа во влажном канале

б) отсутствие прямого доступа к каналу

в) отсутствие рентгенограммы зуба

Правильный ответ: б

33. К отлому эндодонтического инструмента в корневом канале приводит

а) отсутствие рентгенограммы зуба

б) работа во влажном канале

в) неоднократная стерилизация инструмента

Правильный ответ: в

34. К перфорации стенки корня может привести

а) игнорирование последовательности прохождения корневого канала разными размерами инструментария, от меньшего к большему

б) несоблюдение предельных углов поворота инструмента

Правильный ответ: а

35. В каких случаях необходимо использование ЭДТА

а) при прохождении труднопроходимых каналов

б) для растворения путридных масс канала

в) для антисептической обработки

г) для девитализации пульпы

Правильный ответ: а

36. Какой инструмент используют первым при эндодонтическом лечении

а) к-файл

б) пульпоэкстрактор

в) каналонаполнитель

г) бурав корневой

Правильный ответ: б

37. Что такое К-файл

а) инструмент для пломбирования каналов

б) инструмент для прохождения и расширения корневых каналов

в) инструмент для удаления пульпы

г) инструмент для измерения длины корневых каналов

Правильный ответ: б

38. Назовите наиболее оптимальный размер канала пригодный для качественного пломбирования

а) 10-15

б) 35-40

в) 20-25

Правильный ответ: б

39. Используют ли ультразвуковые аппараты для расширения корневых каналов

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

40. Стерилизация эндодонтического инструментария осуществляется

а) автоклавированием

б) сухим нагреванием до температуры 180 градусов

Правильный ответ: а

РОТОВАЯ ЖИДКОСТЬ

1. Слюноотделение с возрастом

а) уменьшается

б) увеличивается

в) не меняется

Правильный ответ: а

2. Ротовая жидкость от слюны отличается

а) составом белка и минеральных веществ

б) наличием лейкоцитов и клеток слущенного эпителия

в) концентрацией

Правильный ответ: б

3. Влияние слюны на поражаемость зубов кариесом

а) чем меньше суточное выделение слюны, тем выше поражаемость кариесом

б) чем больше суточное выделение слюны, тем выше поражаемость зубов

Правильный ответ: а

4. Зависимость между скоростью выделения слюны и поражаемостью зубов кариесом

а) прямая

б) обратная

в) не прослеживается

Правильный ответ: б

5. Зависимость между вязкостью слюны и показателем КПУ

а) чем ниже вязкость, тем больше КПУ

б) чем ниже вязкость, тем меньше КПУ

Правильный ответ: б

6. Нейтрализацию кислот обеспечивает система слюны

а) бикарбонатная

б) фосфатная

в) белковая

г) все перечисленные

Правильный ответ: г

7. Характер диеты и буферная емкостью слюны взаимосвязаны

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

8. Преимущественно углеводная диета буферную емкость слюны

а) снижает

б) не меняет

в) увеличивает

Правильный ответ: а

9. Преимущественно белковая диета буферную емкость слюны

а) снижает

б) не меняет

в) увеличивает

Правильный ответ: в

10. Укажите pH слюны в норме

а) 5, 6-5, 9

б) 6, 0-6, 5

в) 6, 6-7, 0

г) 7, 1-7, 5

д) 7, 5-8,0

Правильный ответ: в

11. Содержание ионов кальция в слюне по сравнению с сывороткой крови

а) ниже

б) аналогично

в) выше

Правильный ответ: а

12. При нормальном pH слюны раствор кальция в слюне

а) ненасыщен

б) пересыщен

Правильный ответ: б

13. При снижении pH слюны раствор кальция в слюне

а) ненасыщен

б) пересыщен

Правильный ответ: а

14. Содержание фосфора в слюне по сравнению с сывороткой крови

а) снижено

б) аналогично

в) выше в 2 раза

Правильный ответ: в

15. Слюна содержит фтор

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

16. Слюна содержит ферменты

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

17. Слюна обладает гемостатическим действием

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

18. Качество гигиены полости рта влияет на состав и свойства ротовой жидкости

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

19. Под влиянием металлических конструкций в полости рта в слюне

а) изменяется pH

б) изменяется вязкость

в) меняется концентрация микроэлементов

Правильный ответ: в

20. Слюна содержит иммуноглобулин

а) A

б) M

в) I

г) все перечисленные

Правильный ответ: г

МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

1. Задача премедикации в стоматологической практике

а) снижение психоэмоционального напряжения

б) снижение порога болевой чувствительности

в) торможение нежелательных рефлекторных реакций

г) все перечисленное

Правильный ответ: г

2. Путь введения анестетика при стоматологических вмешательствах

а) инъекционный

б) аппликационный

в) безыгольное введение под давлением

г) все пречисленные

Правильный ответ: г

3. Неинъекционный вид анестезии

а) аппликационная

б) инфильтрационная

в) проводниковая

Правильный ответ: а

4. Лекарственные препараты, используемые для местного обезболивания

а) фторотан, закись азота

б) каллипсол, сомбревин

в) новокаин, тримекаин, лидокаин, артикаин.

Правильный ответ: в

5. Вид инъекционного введения анестезирующего вещества

а) инфильтрационное

б) проводниковое (региональное)

в) все перечисленные

Правильный ответ: в

6. Показание для местного иньекционного обезболивания

а) лечение и удаление зубов

б) проведение небольших амбулаторных операций

в) шинирование переломов, первичная обработка ран

г) все перечисленные

Правильный ответ: г

7. Противопоказание к проведению местного обезболивания при оперативных вмешательствах

а) лечение осложненного кариеса

б) большой объем оперативного вмешательства

в) удаление зуба

Правильный ответ: б

8. Противопоказание к проведению местного обезболивания при оперативных вмешательствах

а) лечение осложненного кариеса

б) удаление зуба

в) повышенная чувствительность к анестетику

Правильный ответ: в

9. Внутрипульпарная анестезия является

а) аппликационной

б) инфильтрационной

в) проводниковой

г) стволовой

Правильный ответ: б

10. Локализация депо анестетика при аппликационной анестезии

а) слизистая оболочка или кожа

б) подкожная клетчатка, подслизистый слой

в) периодонтальная связка

г) оболочка нерва

Правильный ответ: а

11. Локализация депо анестетика при инфильтрационной анестезии

а) слизистая оболочка и кожа

б) подкожная клетчатка, подслизистый слой, под надкостницей, в губчатой кости, в пульпе

в) в клетчатке по периферии ветвей тройничного нерва

г) оболочка нерва

Правильный ответ: б

12. Локализация депо анестетика при проводниковой анестезии

а) слизистая оболочка и кожа

б) подкожная клетчатка, подслизистый слой, под надкостницей

в) в клетчатке по периферии ветвей тройничного нерва

г) периодонтальная связка

Правильный ответ: в

13. Локализация депо анестетика при интралигаментарной анестезии

а) слизистая оболочка и кожа

б) подкожная клетчатка, подслизистый слой, пульпа зуба

в) клетчатка по периферии ветвей тройничного нерва

г) периодонтальная связка

Правильный ответ: г

14. Вид обезболивания при внутривенном введение лекарственного вещества

а) аппликационная

б) инфильтрационная

в) проводниковая

г) стволовая

д) общее обезболивание

Правильный ответ: д

15. Разновидности региональной (проводниковой) анестезии

а) подбородочная

б) мандибулярная

в) торусальная

г) туберальная

д) все перечисленные

Правильный ответ: д

16. Показана ли инфильтрационная анестезия, если на месте введения анестетика имеется воспалительный процесс

а) да

б) нет

Правильный ответ: б

17. Концентрация раствора лидокаина в аэрозолях

а) 2%

б) 5%

в) 10%

г) 30%

Правильный ответ: в

18. Концентрация раствора лидокаина в гелях

а) 2%

б) 5%

в) 10%

г) 30%

Правильный ответ: г

19. При эндодонтическом вмешательстве на молярах верхней челюсти необходимо провести:

а) инфильтрационную поднадкостничную анестезию у проекции верхушки корня или туберальную анестезию

б) аппликационную анестезию;

в) анестезию у большого небного отверстия.

Правильный ответ: а

20. При эндодонтическом вмешательстве на премолярах верхней челюсти необходимо провести:

а) инфильтрационную поднадкостничную анестезию у проекции верхушки корня

б) туберальную анестезию;

в) инфраорбитальную анестезию;

г) анестезию большого небного отверстия;

Правильный ответ: а

21. При эндодонтическом вмешательстве на фронтальных зубах верхней челюсти необходимо провести:

а) туберальную анестезию

б) инфильтрационную поднадкостничную анестезию у проекции верхушки корня

в)аппликационную

Правильный ответ: б

22. При эндодонтическом вмешательстве на молярах нижней челюсти можно провести анестезию:

а) мандибулярную;

б) торусальную;

в) интралигаментарную.

г) все перечисленные

Правильный ответ: г

23. При эндодонтическом вмешательстве на центральных резцах нижней челюсти целесообразнее провести анестезию:

а) инфильтрационную по переходной складке;

б) у подбородочных отверстий нижней челюсти

в) мандибулярную;

г) торусальную;

Правильный ответ: б

24. Осложнение мандибулярной анестезии:

а) повреждение сосудов и нервов;

б) затруднение глотания;

в) контрактура нижней челюсти;

г) появление боли в ухе в виске;

Правильный ответ: в

25. При туберальной анестезии выключаются:

а) передние верхнелуночковые нервы;

б) средние верхнелуночковые нервы;

в) задние верхнелуночковые нервы;

г) верхнечелюстное зубное сплетение;

Правильный ответ: в

26. При небной (палатинальной) анестезии блокируется:

а) носонебный нерв;

б) задние верхнелуночковые нервы;

в) средние верхнелуночковые нервы;

г) большой небный нерв;

Правильный ответ: г

27. Осложнение инъекционной анестезии:

а) гематома;

б) постинъекционный неврит ветви тройничного нерва

в) анафилактический шок;

г) мышечная контрактура;

д) все перечисленные

Правильный ответ: д

28. Общее осложнение при проведении местной анестезии:

а) интоксикация;

б) обморок;

в) коллапс;

г) анафилактический шок.

д) все перечисленные

Правильный ответ: д

29. Признак интоксикации при попадании анестетика в кровеносное русло:

а) обморок

б) анафилактический шок

в) тахикардия, учащенное дыхание, падение артериального давления;

Правильный ответ: в

30. Признак интоксикации при попадании анестетика в кровеносное русло:

а) анафилактический шок

б) судороги, головная боль, шум в ушах, чувство страха;

в) обморок

Правильный ответ: б

ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1. Лечебный прокладочный материал на полимерной основе, содержащий гидроокись кальция

а) лайф

б) кальмецин

в) каласепт

Правильный ответ: а

2. Недостаток лечебных прокладок в виде нетвердеющих паст

а) трудность внесения в полость

б) малая адгезия к твердым тканям

в) высокая усадка

Правильный ответ: б

3. Недостаток лечебных прокладок в виде нетвердеющих паст

а) низкие прочностные свойства

б) высокая усадка

в) трудность внесения в полость

Правильный ответ: а

4. Требование к лечебным подкладочным материалам

а) длительное время твердения

б) короткое время замешивания

в) обладать одонтотропным действием

г) обладать анестезирующим действием

Правильный ответ: в

5. Требование к лечебным подкладочным материалам

а) не раздражать пульпу, стимулировать репаративные процессы

б) обладать анестезирующим действием

в) обладать антисептическим действием

Правильный ответ: а

6. Основной действующий компонент лечебной прокладки

а) гидроокись кальция

б) фторид натрия

в) антибиотик

г) анестетик

Правильный ответ: а

7. Прокладочные материалы системы паста-паста перед применением смешиваются в соотношении:

а) 1:1

б) 1:2

в) 2:1

Правильный ответ: а

8. Препараты для лечебных прокладок при лечении глубокого кариеса

а) на основе гидроокиси кальция.

б) на основе соединений фтора.

в) антибактериальные и гормональные препараты.

г) эвгенолсодержащие препараты

Правильный ответ: а

9. Лечебная прокладка накладывается :

а) точечно на участок дна полости наиболее близкий к пульпе

б) на дно и стенки кариозной полости, повторяя контуры полости

в) на дно полости до эмалево-дентинной границы

г) на стенки кариозной полости

Правильный ответ: а

10. Лечебная прокладка при завершенном лечении покрывается:

а) изолирующей прокладкой

б) повязкой

в) постоянной пломбой

г) фторсодержащим лаком

Правильный ответ: а

11. Лечебная прокладка при незавершенном лечении покрывается:

а) изолирующей прокладкой

б) повязкой

в) фторсодержащим лаком

Правильный ответ: б

12. Цинк фосфатные цементы используются для

а) изоляции пульпы

б) временного пломбирования

в) пломбирования каналов

Правильный ответ: а

13. Цинк фосфатные цементы используются для

а) пломбирования каналов

б) временного пломбирования

в) фиксации ортопедических конструкций

Правильный ответ: в

14. Порошок фосфатного цемента состоит

а) Окись цинка, окись кремния, окись калия

б) двуокись аммония, окись калия, фторид калия

Правильный ответ: а

15. К цинк-фосфатным цементам относится

а) силидонт

б) унифас

в) силицин

г) белацин

Правильный ответ: б

16. К цинк-фосфатным цементам относится

а) силидонт

б) белацин

в) силицин

г) адгезор

Правильный ответ: г

17. Время замешивания цинк-фосфатных цементов:

а) 1-1,5 мин

б) 3-4 мин

в) 5-6 мин

Правильный ответ: а

18. Поликарбоксилатный цемент химически связывается с тканями зуба

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

19. Жидкость для цинк-фосфатных цементов

а) 30 процентный раствор ортофосфорной кислоты

б) 25 процентный раствор полиакриловой кислоты

в) дистиллированная вода

Правильный ответ: а

20. Жидкость для поликарбоксилатных цементов

а) раствор ортофосфорной кислоты

б) раствор полиакриловой кислоты

в) дистиллированная вода

Правильный ответ: б

21. Цинк-фосфатные цементы обладают

а) высокой механической прочностью

б) низкой механической прочностью

Правильный ответ: б

22. Длительный контакт с ротовой жидкостью цинк фосфатных цементов приводит к растворению частиц цемента

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

23. Теплопроводность фосфат цементов

а) высокая

б) низкая

Правильный ответ: б

24. При какой температуре воздуха рекомендуют проводить замешивание фосфат цемента

а) 18-23 градуса

б) 23-25 градусов

Правильный ответ: а

25. Поликарбоксилатный цемент это

а) окись цинка, раствор полиакриловой кислоты

б) окись цинка, раствор ортофосфорной кислоты

в) окись цинка, дистиллированная вода

Правильный ответ: а

26. Достоинство поликарбоксилатного цемента:

а) соответствие коэффициентов температурного расширения материала и твердых тканей зуба

б) высокая механическая прочность

в) короткое время замешивания

Правильный ответ: а

27. Достоинство поликарбоксилатного цемента:

а) высокая механическая прочность

б) высокая адгезия к дентину

в) короткое время замешивания

Правильный ответ: б

28. Недостаток поликарбоксилатного цемента:

а) невысокая устойчивость к воздействию ротовой жидкости

б) короткое время замешивания

в) слабая адгезия

Правильный ответ: а

29. Недостаток поликарбоксилатного цемента:

а) короткое время замешивания

б) слабая адгезия

в) невысокая механическая прочность

Правильный ответ: в

30. Формовочная масса цинк-фосфатного цемента для прокладки считается правильно замешанной, если

а) при отрыве от нее шпателя образуются зубцы высотой до 1 мм

б) при отрыве от нее шпателя образуются зубцы высотой до 2 мм

в) при отрыве от нее шпателя образуются зубцы высотой до 3мм

г) смесь тянется за шпателем

Правильный ответ: а

31. В течении какого времени следует замешивать поликарбоксилатный цемент

а) 30 сек

б) 60 сек

в) 90 сек

Правильный ответ: б

32. К силикатным цементам относится

а) силицин

б) силидонт

в) унифас

г) адгезор

Правильный ответ: а

33. К силикатным цементам относится

а) унифас

б) белацин

в) адгезор

Правильный ответ: б

34. Токсичность силикатных цементов в отношении пульпы обусловлена

а) высокой первоначальной кислотностью

б) высокой первоначальной щелочностью

Правильный ответ: а

35. При лечении глубокого кариеса «Силидонт» можно применять без изолирующей прокладки

а) да

б) нет

Правильный ответ: б

36. Зарубежный аналог цинкфосфатного цемента

а) лактодонт

б) адгезор

в) фритекс

Правильный ответ: б

37. В состав порошка стеклоиономерного цемента не входит

а) диоксид кремния

б) оксид цинка

в) оксид алюминия

г) фторид кальция

Правильный ответ: б

38. Стеклоиономерные цементы применяются для

а) лечебных прокладок

б) повязок

в) постоянных пломб

Правильный ответ: в

39. Стеклоиономерные цементы применяются для

а) лечебных прокладок

б) повязок

в) изолирующих прокладок

Правильный ответ: в

40. Свойство стеклоиономерных цементов

а) коэффициент термического расширения близкий к тканям зуба

б) высокая усадка

в) высокая механическая прочность

Правильный ответ: а

41. Свойство стеклоиономерных цементов

а) высокая механическая прочность

б) обладают низкой объемной усадкой

в) нерастворимость в полости рта

Правильный ответ: б

42. силикатные цементы при лечении среднего кариеса можно применять без прокладок

а) да

б) нет

Правильный ответ: б

43. Показания к применению силикатных цементов

а) полости 3 класса

б) полости 1-2 класса

Правильный ответ: а

44. Техника введения силицина в полость зуба

а) одной порцией, накрывая целлулоидной полоской

б) мелкими порциями, тщательно притирая к стенкам полости, конденсируя штопфером

Правильный ответ: а

45. Высокая прочность сцепления стеклоиономерного цемента с тканями зуба осуществляется за счет химической связи между

а) карбоксильной группой цемента и ионами кальция гидроксиапатита

б) полиакрилата цемента и коллагена дентина

в) ионами фтора цемента и ионами кальция гидроксиапатита

Правильный ответ: а

46. Время твердения силидонта

а) 5-6 минут

б) 7-8 минут

в) 9-10 минут

Правильный ответ: а

47. Техника замешивания силидонта

а) порошок необходимо добавлять мелкими порциями для лучшей реакции с жидкостью

б) порошок необходимо вносить одной-двумя порциями

Правильный ответ: а

48. Укажите состав силикофосфатного цемента

а) 20-40 процентов цинк фосфатного цемента и 60-80 процентов силикатного цемента

б) 90 процентов цинк фосфатного цемента и 10 процентов силикатного цемента

Правильный ответ: а

49. К стеклоиномерным цементам относится:

а) силидонт

б) фуджи

в) эвикрол

г) адгезор

Правильный ответ: б

50. К стеклоиномерным цементам относится:

а) Шелон-фил

б) адгезор

в) эвикрол

г) силицин

Правильный ответ: а

51. К стеклоиномерным цементам относится:

а) цемион

б) силицин

в) эвикрол

г) адгезор

Правильный ответ: а

52. Стеклоиномерный цемент получен при гибридизации

а) амальгамы и силикофосфатного цемента

б) силикатного и поликарбоксилатного цемента

в) силикатного цемента и композита

Правильный ответ: б

53. Укажите особенности подготовки кариозной полости перед внесением стеклоиономерного цемента

а) поверхность дентина оставляют слегка увлажненной

б) тщательное высушивание полости

в) покрытие дна полости лаком

Правильный ответ: а

54. Можно ли использовать силикофосфатные цеметы на зубах с высокой жевательной нагрузкой

а) да

б) нет

Правильный ответ: б

55. Стеклоиономерные цементы обладают химической связью с тканями зуба

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

56. Консистенция формовочной массы силикатного цемента

а) блестящий вид, при отрыве шпателя не тянется, а обрывается, образуя зубцы до 2 мм

б) при отрыве шпателя масса обрывается, образуя зубцы не более 1 мм

в) смесь тянется за шпателем

Правильный ответ: а

57. Противопоказание для применения стеклоиономерных цементов

а) кариозные поражения временных зубов

б) кариес цемента

в) обширное разрушение коронки зуба

г) изготовление основы под фотокомпозитную реставрацию (сэндвич-техника)

Правильный ответ: в

58. Форма выпуска стеклоиономерных цементов

а) водные системы

б) безводные системы

в) полуводные системы

г) все перечисленные

Правильный ответ: г

59. Стеклоиономерный цемент безводной системы выпуска замешивается на

а) дистиллированной воде

б) акриловой кислоте

в) фосфорной кислоте

Правильный ответ: а

60. Травление эмали применяют с целью

а) обезжиривания твердых тканей

б) образования микрощелей между кристаллами гидроксиапатита

Правильный ответ: б

61. В состав эмаль-препаратора входят

а) 15% р-р ортофосфорной кислоты

б) 37% р-р или гель ортофосфорной кислоты

в) 55% р-р лимонной кислоты

Правильный ответ: б

62. Прилипание пломбировочного материала к твердым тканям зуба называют

а) адгезией

б) когезией

в) бондинг

Правильный ответ: а

63. Химическая связь полимера и минеральных структур зубных тканей обусловлена

а) связыванием ионов кальция адгезива и дентина (эмали)

б) связыванием полимера и коллагена дентина за счет сульфгидрильных связей

Правильный ответ: б

64. Микроретенция пломбировочного материала - это

а) фиксация пломбы за счет конвергенции стенок кариозной полости

б) фиксация пломбировочного материала в ретенционных пунктах

в) проникновение адгезива и пломбировочного материала в микропространства протравленной эмали

г) фиксация пломбы за счет анкеров, пинов, постов

Правильный ответ: в

65. Праймер - это вещество

а) с высокой смачивающей способностью, облегчающее проникновение в поры и углубления дентина и эмали пломбировочного материала

б) обеспечивающее сцепление композита и дентина (базовой прокладки)

в) растворяющее минеральные структуры эмали

Правильный ответ: а

66. Бонд - это вещество

а) с высокой смачивающей способностью, облегчающее проникновение в поры и углубления дентина и эмали пломбировочного материала

б) обеспечивающее сцепление композита и дентина (базовой прокладки)

в) растворяющее минеральные структуры эмали

Правильный ответ: б

67. Дентинный адгезив имеет в своем составе соединения

а) гидрофильные

б) гидрофобные

Правильный ответ: а

68. Для повышения кариесрезистентности эмали адгезивные системы IV и V поколения содержат

а) фтористые соединения

б) кальцевые соединения

в) фосфатные соединения

Правильный ответ: а

69. Адгезивные системы V поколения обеспечивают надежное сцепление

а) эмали и композита

б) дентина и композита

в) дентина и компомера

г) стеклоиономера и композита

д) все перечисленное

Правильный ответ: д

70. Действие дентинного адгезива на дентин

а) смачивает и дезинфицирует

б) заполняет дентинные канальцы

в) усиливает ток зубного ликвора

Правильный ответ: а

71. Действия дентинного адгезива на дентин

а) усиливает ток зубного ликвора

б) заполняет дентинные канальцы

в) освобождает устья дентинных канальцев

Правильный ответ: в

72. Действия дентинного адгезива на дентин

а) усиливает ток зубного ликвора

б) заполняет дентинные канальцы

в) прекращает ток зубного ликвора

Правильный ответ: в

73. Поверхность дентина обрабатывают дентинным адгезивом с целью

а) обезболивания пульпы

б) увеличения механической прочности истонченного дентина

в) улучшение свойств композита

Правильный ответ: б

74. Поверхность дентина обрабатывают дентинным адгезивом с целью

а) обезболивания пульпы

б) насыщения дентина кальцием

в) уменьшения чувствительности дентина к раздражителям

Правильный ответ: в

75. Поверхность дентина обрабатывают дентинным адгезивом с целью

а) улучшения связывания дентина и композита

б) насыщения дентина кальцием

в) обезболивания пульпы

Правильный ответ: а

76. Поверхность дентина обрабатывают дентинным адгезивом с целью

а) увеличения кариесрезистентности твердых тканей за счет выделения фтора дентинным адгезивом

б) насыщения дентина кальцием

в) обезболивания пульпы

Правильный ответ: а

77. Дентин в наложении лечебной и изолирующей прокладки после нанесения дентинного адгезива IV или V поколения

а) не нуждается

б) нуждается

Правильный ответ: а

78. Тип полимеризации композитных пломбировочных материалов

а) ультразвуковой

б) химический

в) каталитический

Правильный ответ: б

79. Тип полимеризации композитных пломбировочных материалов

а) ультразвуковой

б) каталитический

в) световой

Правильный ответ: в

80. Тип полимеризации композитных пломбировочных материалов

а) тепловой

б) ультразвуковой

в) каталитический

Правильный ответ: а

81. Укажите катализатор, активизирующий химическую полимеризацию

а) перекись бензоила и амин

б) камфороквинон

Правильный ответ: а

82. Укажите катализатор, активизирующий световую полимеризацию

а) перекись бензоила и амин

б) камфороквинон

Правильный ответ: б

83. Для отверждения фотокомпозита применяют свет

а) солнечный

б) ультрафиолетовый

в) галогеновый с длиной волны 400 - 500 нм

г) инфракрасный

Правильный ответ: в

84. Минимальная интенсивность света, достаточная для качественного отверждения композита:

а) 200 мВт/ кв.см

б) 300 мВт/ кв.см

в) 500 мВт/ кв.см.

Правильный ответ: б

85. Интенсивность света, вызывающая перегрев композита и пульпы:

а) 200 мВт/ кв.см

б) 300 мВт/ кв.см

в) свыше 500мВт/кв.см.

Правильный ответ: в

86. Максимальное время протравливания эмали 30-40% ортофосфорной кислотой

а) 30 сек.

б) 60сек.

в) 15сек.

Правильный ответ: б

87. Максимальное время протравливания дентина 30-40% ортофосфорной кислотой

а) 30 сек.

б) 60сек.

в) 15сек.

Правильный ответ: в

88. Сохранение влажной поверхности дентина особенно необходимо при аппликации дентинных адгезивов

а) на основе слабых кислот

б) на основе алкоголя

в) на водной основе

г) на основе ацетона

Правильный ответ: г

89. Концепция тотального бондинга заключается в

а) отказе от применения прокладок и проведения техники тотального протравливания.

б) применения прокладок из стеклоиономерного цемента и проведения техники тотального протравливания.

Правильный ответ: а

90. Смазанный слой это

а) слишком толстый слой бонда

б) слой ингибированный кислородом

в) механически деструктурированный поверхностный слой дентина

Правильный ответ: в

91. Соединение отдельных порций композита при технике послойного внесения обеспечивает

а) дополнительная аппликация праймера

б) обработка поверхности отвержденного композита бондом

в) слой ингибированный О2

Правильный ответ: в

92. Отличительной особенностью большинства адгезивных систем 5 поколения является:

а) объединение праймера и бонда в одном флаконе

б) отказ от применения праймера

в) уменьшение времени протравливания

Правильный ответ: а

93. Положительным качеством микронаполненных композитов является:

а) высокая механическая прочность

б) отличная полируемость

в) полная полимеризации

Правильный ответ: б

94. Отрицательными свойствами макронаполненных композитов является:

а) низкая механическая прочность

б) плохая цветоустойчивость

в) полная полимеризация

Правильный ответ: б

95. Текучие композиты применяются для

а) герметизации фиссур

б) пломбирования небольших полостей 2 класса

в) пломбирования небольших полостей 3 класса

Правильный ответ: а

96. Текучие композиты применяются для

а) пломбирования небольших полостей 2 класса

б) пломбирования небольших полостей 3 класса

в) пломбирования небольших полостей 5 класса

Правильный ответ: в

97. Создание надежного контактного пункта при восстановлении полостей 2 класса обеспечивается:

а) применением современных пломбировачных материалов

б) использованием контурных матриц, деревянных клиньев

в) работой с ленточными матрицами

Правильный ответ: б

98. Причиной возникновения постпломбировочных болей при работе с композитами является

а) отсутствие лечебной прокладки

б) слишком длительное протравливание

в) отсутствие изолирующей прокладки

г) длительное время освечивания материала

Правильный ответ: б

99. Причиной возникновения постпломбировочных болей при работе с композитами является

а) образование краевой щели

б) длительное время освечивания материала

в) отсутствие изолирующей прокладки

Правильный ответ: а

100. Причиной возникновения постпломбировочных болей при работе с композитами является

а) пересушивание дентина

б) отсутствие изолирующей прокладки

в) отсутствие лечебной прокладки

Правильный ответ: а

101. Причиной возникновения постпломбировочных болей при работе с композитами являются

а) длительное время освечивания материала

б) повреждение пульпы при препарировании или бактериальная инвазия в пульпу

в) отсутствие изолирующей прокладки

Правильный ответ: б

102. Для уменьшения негативного влияния объемной усадки при работе с фотокомпозитом проводят

а) отверждение материала слоями толщиной не более 2мм

б) наложение толстого слоя лечебной прокладки

в) удвоение времени освечивания материала

Правильный ответ: а

103. Для уменьшения негативного влияния объемной усадки при работе с фотокомпозитом проводят

а) удвоение времени освечивания материала

б) наложение толстого слоя лечебной прокладки

в) аппликацию текучего композита как дробителя полимеризационной нагрузки

Правильный ответ: в

104. Причиной разгерметизации фотокомпозитной пломбы является

а) неправильное формирование кариозной полости

б) попадание слюны или крови на обработанную поверхность зуба

в) применение стеклоиономерного цемента в качестве прокладки

Правильный ответ: б

105. Причиной разгерметизации фотокомпозитной пломбы является

а) неправильное формирование кариозной полости

б) применение стеклоиономерного цемента в качестве прокладки

в) одномоментная полимеризация больших объемов фотокомпозита

Правильный ответ: в

106. Причиной разгерметизации фотокомпозитной пломбы является

а) неправильное формирование кариозной полости

б) применение стеклоиономерного цемента в качестве прокладки

в) нерациональное направление пучка света

Правильный ответ: в

107. Для улучшения сцепления композита с тканями зуба используют:

а) обработка фтористым лаком стенок полости

б) нанесение адгезивного посредника

в) апликация раствора кальция

Правильный ответ: б

108. Для улучшения сцепления композита с тканями зуба используют:

а) обработка фтористым лаком стенок полости

б) апликация раствора кальция

в) протравливание эмали и дентина

Правильный ответ: в

109.Достоинство фотокомпозитных пломбировочных материалов:

а) соответствие цвета и прозрачности эмали и дентину зуба

б) цветостойкость

в) высокая прочность на истирание и сжатие

г) достаточное время для моделирования реставрации

д) все перечисленное

Правильный ответ: д

110. Противопоказанием к применениюе фотокомпозитов является

а) экссудативное воспаление маргинальной десны, кровоточивость

б) лечение некариозных поражений

в) непереносимость ультрафиолетовых лучей

Правильный ответ: а

111. Противопоказанием к применениюе фотокомпозитов является

а) лечение некариозных поражений

б) непереносимость ультрафиолетовых лучей

в) поддесневое распространение кариеса

Правильный ответ: в

112. Противопоказанием к применениюе фотокомпозитов является

а) непереносимость ультрафиолетовых лучей

б) низкая гигиена полости рта

в) лечение некариозных поражений

Правильный ответ: б

113. Результат объемной усадки фотокомпозита

а) краевая щель (дебондинг)

б) изменение цвета тканей зуба

в) воспаление десневого края

Правильный ответ: а

114. Результат объемной усадки фотокомпозита

а) изменение цвета тканей зуба

б) трещины эмали

в) воспаление десневого края

Правильный ответ: б

115. Результате объемной усадки фотокомпозита

а) изменение цвета тканей зуба

б) воспаление десневого края

в) отломы стенок зуба

Правильный ответ: в

116. Для защиты композитной реставрации наносят

а) защитный фторированный лак

б) герметик

в) водоотталкивающие средства

Правильный ответ: а

117. Достоинство компомера:

а) микроретенция за счет гибридизации дентина и бондинга эмали

б) выделение ионов фтора

в) повышенная износоустойчивость

г) все перечисленное

Правильный ответ: г

118. Недостаток компомера

а) слабая адгезия

б) полимеризационная усадка

в) высокая прозрачность

Правильный ответ: б

119. Укажите недопустимые сочетания пломбировочных материалов

а) цинкоксидэвгенольный цемент - светоотверждаемый композит

б) цинк-фосфатный цемент - композит химического отверждения

в) стекло-иономерный цемент - светоотверждаемый композит

Правильный ответ: а

120. Минеральный наполнитель для композитов

а) оксид цинка

б) двуокись кремния

в) гидрокись кальция

Правильный ответ: б

121. Мономер первых пластмассовых пломбировочных материалов

а) полиакриловая кислота

б) метилметакрилат

в) диметилакрилат

г) БИС-ГМА

Правильный ответ: б

122. Окончательную обработку пломбы из эвикрола можно проводить через

а) 3 мин

б) 30 мин

в) 10 мин

г) 24 часа

Правильный ответ: а

123. При пломбировании композитом скос эмали делают под углом

а) 90 градусов

б) 30 градусов

в) 45 градусов

Правильный ответ: в

124. В основе механизма отверждения композитов лежит процесс

а) кристализации

б) полимеризации

в) растворения

Правильный ответ: б

125. Композит светового отверждения

а) эвикрол

б) харизма РРF

в) геркулайт

г) комполайт

Правильный ответ: в

126. Композит светового отверждения

а) эвикрол

б) унирест

в) стомадент

г) комполайт

Правильный ответ: б

127. Порошок серебряной амальгамы это

а) сплав олово-ртуть

б) сплав серебро-олово

в) сплав серебро-ртуть

г) смесь опилок серебра и олова

д) смесь опилок серебра и ртути

Правильный ответ: б

128. Противопоказание к применению серебряной амальгамы

а) полости I класса

б) полости III и IV классов

в) глубокая кариозная полость

Правильный ответ: б

129. Противопоказание к применению серебряной амальгамы

а) полости I класса

б) глубокая кариозная полость

в) истончение стенок кариозной полости

Правильный ответ: в

130. Работа с амальгамой требует соблюдения строгих санитарно-гигиенических норм:

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

131. Химическая реакция между серебром и ртутью называется:

а) амальгамированием

б) растворением

в) полимеризацией

г) окислением

Правильный ответ: а

132. Способ приготовления серебряной амальгамы

а) смешивание в амальгамосмесителе

б) смешивание на стеклянной пластинке металлическим шпателем

в) смешивание на блокноте пластмассовым шпателем

Правильный ответ: а

133. Избыток ртути в амальгаме приводит к:

а) расширению пломбы после отверждения

б) повышенному содержанию гамма-2 фазы

в) устойчивости к коррозии

Правильный ответ: б

134. Избыток ртути в амальгаме приводит к:

а) расширению пломбы после отверждения

б) устойчивости к коррозии

в) повышенной коррозии

Правильный ответ: в

135. Избыток ртути в амальгаме приводит к:

а) расширению пломбы после отверждения

б) устойчивости к коррозии

в) усадке пломбы в процессе эксплуатации

Правильный ответ: в

136. Время амальгамирования влияет на объёмные изменения амальгамы:

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

137. Степень конденсации амальгамы влияет на объёмные изменения амальгамы:

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

138. Окончательное время твердения амальгамы:

а) 15 минут

б) 1-2 часа

в) 3-4 часа

г) 6-8 часов

д) 12 часов

Правильный ответ: г

139. Время смешивания амальгамы в амальгамосмесителе:

а) 15 секунд

б) 30 секунд

в) 60 секунд

г) 90 секунд

Правильный ответ: б

140. Окончательная обработка пломбы из амальгамы проводиться:

а) через 1 час

б) через 6 часов

в) через сутки

г) через 15 минут

Правильный ответ: в

141. При пломбировании амальгамой наложение изолирующей прокладки:

а) обязательно

б) желательно

в) не нужно

Правильный ответ: а

142. Содержание гамма-2 фазы в составе пломбы из амальгамы приводит к:

а) повышенной коррозии пломбы

б) повышенной прочности пломбы

г) уменьшению коррозии пломбы

Правильный ответ: а

143. Недостаток ртути в серебряной амальгаме приводит к:

а) усадке пломбы

б) расширению пломбы

в) повышенной прочности

Правильный ответ: а

144. Техника пломбирования кариозной полости амальгамой предусматривает:

а) внесение материала мелкими порциями

б) внесение материала большими порциями

Правильный ответ: а

145. Техника пломбирования кариозной полости амальгамой предусматривает:

а) внесение материала большими порциями

б) тщательную конденсацию каждой порции

в) наложение пломбы с избытком

Правильный ответ: б

146. Техника пломбирования кариозной полости амальгамой предусматривает:

а) внесение материала большими порциями

б) наложение пломбы с избытком

в) удаление избытков ртути

Правильный ответ: в

147. Как поступают с отходами амальгамы

а) собирают в герметичный сосуд

б) собирают в капсулу амальгамосмесителя

в) смывают в канализацию

Правильный ответ: а

148. Полировка пломбы из амальгамы обязательна:

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

149. Требование к материалам для корневых каналов

а) не оказывать раздражающего действия на ткани периодонта

б) иметь длительное время твердения

в) обладать химической связью с дентином

Правильный ответ: а

150. Требование к материалам для корневых каналов

а) иметь длительное время твердения

б) обладать химической связью с дентином

в) обладать пластикостимулирующим и противовоспалителеным действием

Правильный ответ: в

151. Требование к материалам для корневых каналов

а) иметь длительное время твердения

б) обладать химической связью с дентином

в) не разрушаться под действием тканевой жидкости

Правильный ответ: в

152. Группа корневых наполнителей (по химической основе)

а) на формалиновой основе

б) на водной основе

в) кислотно-щелочная

Правильный ответ: а

153. Группа корневых наполнителей (по химической основе)

а) на мономерной основе

б) на полимерной основе

в) на водной основе

Правильный ответ: б

154. Группа корневых наполнителей (по химической основе)

а) на мономерной основе

б) на маслянной основе

в) на основе эвгенола

Правильный ответ: в

155. Материал для корневых каналов не содержащий эвгенола

а) эвгедент

б) эндометазон

в) кариосан

г) цинк-эвгенольный цемент

д) форедент

Правильный ответ: д

156. Материал для корневых каналов не относящийся к полимерам

а) эндометазон

б) АН-26

в) акросил

Правильный ответ: а

157. Материал для корневых каналов не содержащий кальций

а) биокалекс

б) силапекс

в) кариосан

г) каласепт

Правильный ответ: в

158. Материал для корневых каналов из группы стеклоиономерных цементов:

а) эвгедент

б) кетак-эндо

в) эндометазон

г) цинк-эвгенольный цемент

Правильный ответ: б

159. Штифты для пломбирования корневых каналов

а) гуттаперчевые

б) бумажные

в) парапульпарные

Правильный ответ: а

160. Недостаток корневых наполнителей на формалиновой основе

а) окрашивание тканей зуба

б) отсутствие антимикробных свойств

в) отсутствие рентгеноконтрастности

Правильный ответ: а

161. Недостаток корневых наполнителей на полимерной основе:

а) окрашивание тканей зуба

б) раздражающее действие на ткани периодонта при выведении за верхушечное отверстие

в) отсутствие рентгеноконтрастности

г) растворение под действием тканевой жидкости

Правильный ответ: б

162. Цинк-эвгеноловая паста в корневых каналах твердеет

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

163. В состав «Эндометазона» входят кортикостероидные препараты

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

164. Кортикостероидные препараты вводят в состав корневых наполнителей для

а) ускорения регенерации костной ткани

б) снижения воспалительной реакции тканей

в) снижения инфицированности тканей

г) улучшения пластичности

Правильный ответ: б

165. Препараты кальция вводят в состав корневых наполнителей для

а) стимуляции пластической функции околоверхушечных тканей

б) снижения объёмных изменений материала

в) улучшения пластичности материала

Правильный ответ: а

166. Препараты кальция вводят в состав корневых наполнителей для

а) снижения объёмных изменений материала

б) антимикробного воздействия

в) улучшения пластичности материала

Правильный ответ: б

167. Соединения кальция в составе корневых наполнителей

а) гидроксид кальция

б) сульфат кальция

в) фторид кальция

г) карбонат кальция

Правильный ответ: а

168. При пломбировании канала методом "одного штифта" использование пломбировочного материала (силера) обязательно:

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

169. Метод пломбирования корневого канала гуттаперчей

а) метод одного штифта

б) метод одной пасты

в) метод гуттасилера

Правильный ответ: а

170. Метод пломбирования корневого канала гуттаперчей

а) метод гуттасилера

б) метод латеральной конденсации

в) метод одной пасты

Правильный ответ: б

171. Свойство гуттаперчи как материала для пломбирования корневых каналов:

а) хорошая адаптация к стенкам канала при технике конденсации

б) адгезия к стенкам канала

в) увеличение объема в канале

Правильный ответ: а

172. Свойство гуттаперчи как материала для пломбирования корневых каналов:

а) увеличение объема в канале

б) инертность к тканям зуба и периодонта

в) адгезия к стенкам канала

Правильный ответ: б

173. Штифты для пломбирования каналов следует использовать

а) только в сочетании с пластичными твердеющими материалами

б) только в сочетании с пластичными нетвердеющими материалами

в) обособленно

Правильный ответ: а

174. Материалы на основе гидроокиси кальция для стерилизации системы корневых каналов

а) водные суспензии («Каласепт», «Кальксюль», «Кальсепт»)

б) полимерные материалы («Апексид», «Силапекс»)

в) силиконовые материалы («Рекосил»)

Правильный ответ: а

175. Материалы для фиксации стекловолоконных штифтов

а) фосфатные цементы (Унифас, Адгезор)

б) стеклоиономерные цементы (Кетак-эндо, Стион)

в) композиты двойного отверждения (Панавиа, Релакс)

г) текучие композиты (Тетрик-флоу, Революшин)

Правильный ответ: в

НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

1. Перечислите изменения, происходящие в пульпе зуба при патологии твердых тканей зуба

а) увеличение числа клеточных элементов, гипертрофия одонтобластов

б) атрофия одонтобластов, частичная или полная их вакуолизация, нарушение васкуляризации

в) образование экссудата, некроз пульпы

Правильный ответ: б

2. "Мраморной" болезнью зубов называют

а) наследственное нарушение развития дентина

б) наследственное нарушение развития эмали

в) врождённый семейный остеосклероз

г) наследственное нарушение развития дентина и эмали

Правильный ответ: в

3. Укорочение длины корней зубов, отсутствие полости зуба и корневых каналов характерно для

а) несовершенный амелогенез

б) несовершенный дентиногенез

в) мраморная болезнь

Правильный ответ: б

4. Системная гипоплазия поражает зубы

а) временные

б) постоянные

в) временные и постоянные

Правильный ответ: в

5. Зубы Гетчинсона, Пфлюгера и Фурнье являются разновидностью

а) местной гипоплазии

б) системной гипоплазии

в) эндемического флюороза

Правильный ответ: б

6. У зубов Гетчинсона, Пфлюгера и Фурнье отмечается недоразвитие

а) эмали

б) дентина

в) эмали и дентина

Правильный ответ: в

7. Причиной системной гипоплазии постоянных зубов являются

а) заболевания матери во время беременности

б) заболевания ребенка после рождения

в) генетические факторы

г) низкое содержание фтора в питьевой воде

Правильный ответ: б

8. Причиной местной гипоплазии эмали является

а) болезни ребенка после рождения

б) травматическое повреждение зачатка зуба

в) низкое содержание фтора в питьевой воде

Правильный ответ: б

9. Ведущий фактор в развитии системной гипоплазии временных зубов

а) заболевания матери в период беременности

б) избыточное содержание фтора в питьевой воде

в) избыточное употребление углеводов

г) плохая гигиена полости рта

д) наследственный фактор

Правильный ответ: а

10. Центральные резцы отверткообразной формы с нормальным режущим краем называются

а) тетрациклиновые зубы

б) зубы Гетчинсона

в) зубы Фурнье

г) зубы Пфлюгера

Правильный ответ: в

11. Центральные резцы отверткообразной формы с вырезкой на режущем крае называются

а) тетрациклиновые зубы

б) зубы Гетчинсона

в) зубы Фурнье

г) зубы Пфлюгера

Правильный ответ: б

12. Причина развития местной гипоплазии

а) гестозы II половины беременности

б) периодонтит временного зуба

в) болезни 1-го года жизни

г) гестозы 1 половины беременности

Правильный ответ: б

13. Причина развития системной гипоплазии постоянных зубов

а) инфекционные заболевания, рахит

б) высокое содержание фтора в воде

в) периодонтиты временных зубов

г) наследственный фактор

Правильный ответ: а

14. Поражения твердых тканей зубов, возникающие в период их развития

а) гипоплазия, флюороз, эрозия твердых тканей

б) дисплазия Капдепона-Стентона, гиперстезия

в) гипоплазия, флюороз, дисплазия Капдепона-Стентона

г) флюороз, эрозия твердых тканей, гиперстезия

Правильный ответ: в

15. Возможна ли местная гипоплазия временных зубов

а) да

б) нет

Правильный ответ: б

16. Поверхность пятна при гипоплазии

а) шероховатая

б) гладкая

Правильный ответ: б

17. Цвет пятен при гипоплазии

а) белые

б) коричневые

в) черные

Правильный ответ: а

18. Локализацию пятен при гипоплазии

а) вестибулярная поверхность резцов, клыков и бугры премоляров, моляров

б) пришеечная область всех групп зубов

в) фиссуры, слепые ямки моляров и премоляров

Правильный ответ: а

19. Пятна при гипоплазии окрашиваются красителями

а) да

б) нет

в) иногда

Правильный ответ: б

20. При гипоплазии проводят дополнительные исследования

а) рентгенологическое исследование

б) сбор анамнеза

в) окрашивание эмали

г) электроодонтодиагностику

Правильный ответ: в

21. Общее лечение при системной гипоплазии

а) лечебное питание

б) внутрь препараты кальция и фтора

в) витаминотерапия

г) все перечисленное

Правильный ответ: г

22. Флюороз - заболевание твердых тканей зуба, возникающее в период

а) развития зачатка зуба

б) после прорезывания зуба

Правильный ответ: а

23. Причины эндемического флюороза

а) наследственная патология

б) интоксикация лекарственными препаратами

в) инфекционные заболевания

г) сахарный диабет

д) интоксикация фтором

Правильный ответ: д

24. Поражение зубов при флюорозе относят

а) к местным

б) к системным

в) к генетическим

Правильный ответ: б

25. Патологические изменения при флюорозе возникают в результате нарушения функций

а) амелобластов

б) одонтобластов

в) остеобластов

Правильный ответ: а

26. Для дифференциальной диагностики флюороза дополнительно проводят

а) ЭОД зуба

б) витальное окрашивание

в) рентгенологическое исследование

Правильный ответ: б

27. Пятнистую форму флюороза дифференцируют с

а) эрозией эмали

б) клиновидным дефектом

в) кариесом в стадии пятна

г) несовершенным амелогенезом

Правильный ответ: в

28. Отбеливание при флюорозе целесообразно проводить при форме

а) штриховой

б) пятнистой

в) эрозивной

г) деструктивной

Правильный ответ: б

29. Профилактика флюороза включает

а) замену водоисточника

б) выезд из эндемического района

в) контроль гигиены полости рта

Правильный ответ: а

30. Профилактику флюороза проводят в возрасте

а) до 5-6 лет

б) до 6-8 лет

в) до 8-10 лет

Правильный ответ: в

31. В гидроксилапатите ион фтора при флюорозе замещает

а) ион кальция

б) гидроксильную группу

Правильный ответ: а

32. Оптимальная концентрации фтора в воде

а) 1 мг/л

б) 1,5 мг/л;

в) 2,0 мг/л

Правильный ответ: а

33. Предельно-допустимая концентрации фтора в воде

а) 1 мг/л

б) 1,5 мг/л;

в) 2,0 мг/л

Правильный ответ: б

34. Все формы флюороза

а) штриховая, пятнистая, эрозивная, деструктивная

б) штриховая, пятнистая, меловидно-крапчатая, деструктивная

в) штриховая, пятнистая, меловидно-крапчатая, эрозивная

г) штриховая, пятнистая, меловидно-крапчатая, эрозивная, деструктивная

д) пятнистая, меловидно-крапчатая, эрозивная, деструктивная

Правильный ответ: г

35. Признак, характерный для меловидно-крапчатой формы флюороза

а) наличие меловидных пятен на фоне неизмененной эмали

б) наличие окрашенных пятен на фоне меловидной эмали

в) наличие меловидных пятен и коричневых вкраплений на неизмененной эмали

Правильный ответ: б

34. При эрозивной формы флюороза выявляют

а) блюдцеобразный дефект эмали на вестибулярной поверхности фронтальных зубов верхней челюсти

б) сколы меловидно измененной эмали

Правильный ответ: б

35. При пятнистой форме флюороза целесообразно

а) отбелить пятно и сделать аппликацию 10% раствором глюконата кальция

б) покрыть зуб коронкой

в) покрыть зуб фторлаком

Правильный ответ: а

36. При кислотном некрозе после высушивания эмаль становится

а) матовой

б) блестящей

в) меловидной

Правильный ответ: а

37. При профессиональном контакте с парами кислот развивается некроз

а) фронтальных зубов нижней челюсти

б) фронтальных зубов верхней челюсти

в) всех групп зубов

Правильный ответ: б

38. Клиновидный дефект локализуется в области

а) режущего края

б) экватора

в) шейки зуба

Правильный ответ: в

39. Прогрессирующую чашеобразную убыль твердых тканей вестибулярной поверхности фронтальных зубов верхней челюсти называют

а) гипоплазией

б) эрозией

в) клиновидным дефектом

г) кариесом

Правильный ответ: б

40. Овальная форма поражения твердых тканей зубов характерна

а) для эрозии эмали

б) для клиновидного дефекта

в) для мраморной болезни

Правильный ответ: а

41. Профилактика эрозии эмали включает

а) ограничение в рационе цитрусовых

б) применение фторсодержащих таблеток

в) ограничение приема углеводов

Правильный ответ: а

42. Профилактика эрозии эмали включает

а) применение фторсодержащих таблеток

б) применение фторсодержащих зубных паст

в) ограничение приема углеводов

Правильный ответ: а

43. Эрозия твердых тканей зубов может поражать

а) только эмаль

б) только дентин

в) эмаль и дентин

Правильный ответ: в

44. Дефекты при патологической стираемости зубов локализуются на поверхности

а) вестибулярной и режущей

б) режущей и жевательной

в) жевательной и язычной

Правильный ответ: б

45. Заболевание, для которого характерна резкая чувствительность зубов к раздражителям без видимого дефекта твердых тканей

а) гиперэстезия

б) дисплазия дентина

в) флюороз

г) эрозия эмали

д) дисколорит

Правильный ответ: а

46. Путь насыщения солями кальция твердых тканей зуба при гиперестезии

а) аппликационный

б) с помощью надесневого электрофореза

Правильный ответ: а

47. Причины патологического стирания твердых тканей зубов

а) патологический прикус, частичная адентия, функциональная перегрузка зубов

б) сахарный диабет, употребление грубой пищи, частичная адентия

Правильный ответ: а

48. Абразивное воздействие на твердые ткани зубов, приводящее к патологической стираемости зубов, оказывает

а) постоянное употребление пищи богатой углеводами

б) неправильное и нерациональное применение средств гигиены и ухода за зубами

в) частое употребление цитрусовых

Правильный ответ: б

49. Абразивное воздействие на твердые ткани зубов, приводящее к патологической стираемости зубов, оказывает

а) постоянное употребление жесткой пищи

б) частое употребление цитрусовых

в) постоянное употребление пищи богатой углеводами

Правильный ответ: а

50. Абразивное воздействие на твердые ткани зубов, приводящее к патологической стираемости зубов, оказывает

а) постоянное употребление пищи богатой углеводами

б) частое употребление цитрусовых

в) производственная пыль

Правильный ответ: в

51. Функциональная перегрузка зубов может быть вызвана

а) пластмассовыми протезами

б) патологией прикуса и частичной адентией

в) постоянным употреблением пищи богатой углеводами

Правильный ответ: б

52. Функциональная перегрузка зубов может быть вызвана

а) нарушением окклюзии при неправильном протезировании

б) постоянным употреблением пищи богатой углеводами

в) неправильным использованием средств гигиены

Правильный ответ: а

53. Функциональная перегрузка зубов может быть вызвана

а) неправильным использованием средств гигиены

б) постоянным употреблением пищи богатой углеводами

в) бруксизмом

Правильный ответ: в

54. При патологической стираемости зубов в периодонте отмечают

а) неравномерность периодонтальной щели, образование гранулем

б) острое гнойное воспаление в области верхушки корня зуба

в) формирование свищей

Правильный ответ: а

55. Виды патологической стираемости зубов

а) вертикальная, горизонтальная, смешанная

б) передняя, задняя

в) локализованная и генерализованная

Правильный ответ: а

56. Формы патологической стираемости зубов

а) локализованная и генерализованная

б) передняя и боковая

Правильный ответ: а

57. Основная жалоба больного при патологической стираемости зубов I - II степени

а) сухость во рту

б) нарушение фонетической и жевательной функции

в) дисфункция ВНЧС

г) боль в области корня языка

д) гиперестезия эмали и дентина

Правильный ответ: д

58. Возможные признаки патологического стирания твердых тканей зубов

а) гиперстезия, уменьшение высоты нижней трети лица, боль в височно-нижнечелюстных суставах, эстетический дефект зубов

б) снижение слуха, множественные кариозные поражения, гиперстезия, уменьшение высоты нижней трети лица

в) снижение зрения, гиперстезия, уменьшение высоты нижней трети лица

Правильный ответ: а

59. Боль в височно-нижнечелюстном суставе при патологической стираемости зубов обусловлена

а) ослаблением жевательных мышц

б) понижением межальвеолярной высоты и дистальным смещением головки нижней челюсти

в) воспалением суставной сумки

Правильный ответ: б

60. Патологическую стираемость зубов дифференцируют с заболеваниями

а) гипоплазия эмали, эрозия эмали, кислотный некроз

б) кариозное разрушение коронки зуба, дисплазия дентина

в) перелом коронки, флюороз

Правильный ответ: а

61. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава чаще всего наблюдается при стираемости зубов

а) вертикальной

б) горизонтальной

Правильный ответ: б

62. Травматические повреждения зуба

а) трещина, перелом коронки, перелом корня

б) трещина, перелом корня, клиновидный дефект

в) трещина, перелом коронки, стирание

г) перелом коронки, перелом корня, дефект тканей

Правильный ответ: а

63. Жалобы при переломе коронки по линии эмали и дентина

а) кратковременная боль от раздражителей

б) приступ резкой боли от раздражителей, невозможно коснуться до зуба

Правильный ответ: а

64. Жалобы при переломе коронки по линии пульпы

а) кратковременная боль от раздражителей

б) приступ резкой боли от раздражителей, невозможно коснуться до зуба

Правильный ответ: б

65. Тактика врача при снижении возбудимости пульпы сразу после травмы зуба до 50 мкА

а) проводит экстирпацию пульпы, т.к. наступил некроз

б) проводит биологическое лечение пульпита

в) проверяет состояние пульпы в динамике, т.к. возможно восстановление возбудимости

г) удаляет зуб

Правильный ответ: в

66. Наиболее благоприятный прогноз имеет перелом корня зуба

а) поперечный

б) продольный

в) оскольчатый

Правильный ответ: а

67. При переломе корня постоянного зуба с несформированной верхушкой проводят

а) девитальную ампутацию

б) витальную ампутацию

в) витальную экстирпацию

г) девитальную экстирпацию

Правильный ответ: б

68. При вколоченном вывихе временного зуба проводят

а) реплантацию

б) шинирование

в) контроль ЭОД

г) удаление зуба

Правильный ответ: г

69. При ушибе постоянного зуба проводят

а) реплантацию

б) шинирование

в) уменьшение окклюзионной нагрузки

Правильный ответ: в

70. Показание для удаления зуба при травме

а) поперечный перелом коронки зуба со вскрытием полости

б) перелом зуба на уровне шейки

в) перелом зуба на уровне середины корня

г) перелом зуба на уровне верхушки корня

д) продольный перелом зуба

Правильный ответ: д

71. По статистике чаще встречаются переломы зубов

а) нижней челюсти

б) верхней челюсти

Правильный ответ: б

72. Рентгенологические признаки вколоченного вывиха зуба

а) периодонтальная щель расширена

б) периодонтальная щель не определяется

в) неравномерное расширение периодонтальной щели

Правильный ответ: б

73. Изменение цвета коронки зуба при свежей травме пульпы

а) розовый

б) серовато-бурый

в) желтоватый

г) лиловый

Правильный ответ: а

74. Изменение цвета коронки зуба при отдаленной травме пульпы

а) розовый

б) серовато-бурый

в) желтоватый

г) лиловый

Правильный ответ: б

75. Депульпирование зуба при травме показано при значениях ЭОД

а) 10 мкА

б) 20 мкА

в) свыше 90 мкА

Правильный ответ: в

76. Наличие продольного перелома зуба является показанием

а) к удалению зуба

б) к лечению зуба

Правильный ответ: а

77. Дополнительный метод обследования при вывихе зуба

а) общий анализ крови

б) рентгенодиагностика

в) эхоостеометрия

г) бактериологический анализ

Правильный ответ: б

78. Высота коронок зубов при патологической стираемости I степени тяжести уменьшается

а) до 1/3 высоты коронки

б) от 1/3 до 2/3 высоты коронки

в) свыше 2/3 высоты коронки

Правильный ответ: а

79. Высота коронок зубов при патологической стираемости II степени тяжести уменьшается

а) до 1/3 высоты коронки

б) от 1/3 до 2/3 высоты коронки

в) свыше 2/3 высоты коронки

Правильный ответ: б

80. Высота коронок зубов при патологической стираемости III степени тяжести уменьшается

а) до 1/3 высоты коронки

б) от 1/3 до 2/3 высоты коронки

в) свыше 2/3 высоты коронки

Правильный ответ: в

КАРИЕС ЗУБОВ

1. Кариесоиммунные зоны зуба

а) контактный пункт

б) пришеечная область

в) апроксимальная поверхность

г) бугры и режущий край

д) фиссуры

Правильный ответ: г

2. Микроорганизмы, жизнедеятельность которых приводит к кариесу корня зуба

а) фузобактерии

б) стрептококки

в) стафилококки

г) лактобациллы

д) актиномицеты

Правильный ответ: д

3. Микроорганизмы, играющие ведущую роль в возникновении кариеса зубов

а) стрептококки

б) стафилококки

в) фузобактерии

г) грибы рода Кандида

Правильный ответ: а

4. Наиболее кариесогенный углевод

а) галактоза

б) сахароза

в) фруктоза

г) мальтоза

Правильный ответ: б

5. Иммуноглобулин, препятствующий прилипанию микроорганизмов к поверхности эмали

а) А

б) А секреторный

в) М

г) Е

Правильный ответ: б

6. Методы диагностики кариеса в стадии пятна:

а) окраштвание и ЭОД

б) рентгенография и ЭОД

в) рентгенография и термодиогностика

г) термодиогностика и люминисцентная стоматоскопия

д) люминесцентная стоматоскопия и окрашивание

Правильный ответ: д

7. Метод витального окрашивания выявляет очаги деминерализации эмали

а) при эрозии эмали

б) при кариесе в стадии белого пятна

в) при клиновидном дефекте

г) при гипоплазии

д) при кариесе в стадии пигментированного пятна

Правильный ответ: б

8. Растворимость гидроксиапатита эмали зубов при снижении рН ротовой жидкости

а) увеличивается

б) уменьшается

в) не изменяется

Правильный ответ: а

9. Микротвердость эмали при кариесе в стадии пятна

а) снижается

б) повышается

в) не изменяется

Правильный ответ: а

10. Проницаемость эмали повышена при

а) кариесе в стадии белого пятна

б) при флюорозе

в) при гипоплазии

г) при истирании

Правильный ответ: а

11. При кариесе зуба в стадии белого пятна содержание протеина в очаге поражения

а) увеличивается

б) уменьшается

в) не изменяется

Правильный ответ: а

12. При кариесе зуба в стадии белого пятна содержание кальция в очаге поражения:

а) увеличивается

б) уменьшается

в) не изменяется

Правильный ответ: б

13. При кариесе зуба в стадии белого пятна содержание фосфора в очаге поражения:

а) увеличивается

б) уменьшается

в) не изменяется

Правильный ответ: б

14. При кариесе зуба в стадии белого пятна содержание фтора в очаге поражения:

а) увеличивается

б) уменьшается

в) не изменяется

Правильный ответ: б

15. Форма кариеса по течению

а) острый

б) подострый

в) обострение

хронического

Правильный ответ: а

16. Форма кариеса по течению

а) обострение хронического

б) подострый

в) хронический

Правильный ответ: в

17. В классификации кариеса имеется форма

а) первичный

б) начальный

в) подповерхностный

Правильный ответ: б

18. В классификации кариеса имеется форма

а) первичный

б) подповехностный

в) поверхностный

Правильный ответ: в

19. В классификации кариеса имеется форма

а) первичный

б) средний

в) подповерхностный

Правильный ответ: б

20. В классификации кариеса имеется форма

а) первичный

б) глубокий

в) подповерхностный

Правильный ответ: б

21. Очаг деминерализации клинически проявляется

а) появлением дефекта эмали (полости)

б) снижением чувствительности к раздражителям

в) гиперестезией

г) подвижностью зуба

Правильный ответ: в

22. Для кариеса в стадии пятна характерно

а) эмаль гладкая, блестящая, безболезненная

б) эмаль гладкая, тусклая, безболезненная

в) полость в пределах эмали

г) полость в пределах плащевого дентина

д) полость в глубоких слоях дентина

Правильный ответ: б

23. К образованию кариозного дефекта приводит разрушение

а) гидроксиаппатита

б) фтораппатита

в) полисахаридов

г) белковой матрицы

Правильный ответ: г

24. Для начального кариеса характерно

а) отсутствие дефекта эмали

б) полость в пределах эмали

в) полость в пределах плащевого дентина

г) полость в глубоких слоях дентина

д) вскрыта полость зуба

Правильный ответ: а

25. Для поверхностного кариеса характерно

а) отсутствие дефекта эмали

б) полость в пределах эмали

в) полость в пределах плащевого дентина

г) полость в глубоких слоях дентина

д) вскрыта полость зуба

Правильный ответ: б

26. Для среднего кариеса характерно

а) отсутствие дефекта эмали

б) полость в пределах эмали

в) полость в пределах плащевого дентина

г) полость в глубоких слоях дентина

д) вскрыта полость зуба

Правильный ответ: в

27. Для глубокого кариеса характерно

а) отсутствие дефекта эмали

б) полость в пределах эмали

в) полость в пределах плащевого дентина

г) полость в глубоких слоях дентина

д) вскрыта полость зуба

Правильный ответ: г

28. Для диагностики начального кариеса используют краситель

а) метиленовый синий

б) бриллиантовый зеленый

в) эритрозин

г) фуксин основной

д) водный раствор йода

Правильный ответ: а

29. Болезненность при зондировании кариозной полости при глубоком кариесе отмечается

а) по эмалевому краю

б) по эмалево-дентинному соединению и всему дну полости

в) по дну в области рога пульпы

Правильный ответ: б

30. При среднем кариесе зондирование полости болезненно

а) по краю эмали

б) по эмалеводентиновому соединению

в) по дну кариозной полости

Правильный ответ: б

31. Боль при кариесе разных стадий

а) самопроизвольная

б) сохраняющаяся после устранения раздражителя

в) только в присутствии раздражителя

Правильный ответ: в

32. Образование дефекта только эмали характерно для кариеса

а) начальный

б) поверхностный

в) средний

г) глубокий

Правильный ответ: б

33. Образование полости в пределах плащевого дентина характерно для кариеса

а) начальный

б) поверхностный

в) средний

г) глубокий

Правильный ответ: в

34. Образование полости в глубоких слоях дентина характерно для кариеса

а) начальный

б) поверхностный

в) средний

г) глубокий

Правильный ответ: г

35. Показатель ЭОД при среднем кариесе

а) 2-6 мкА

б) более 25 мкА

в) 10-15 мкА

г) 15-25 мкА

Правильный ответ: а

36. Лечение кариеса в стадии пятна заключается в

а) устранение неприятного запаха изо рта

б) ликвидации очага деминерализации

в) устранение очага инфекции

г) устранение боли

д) иссечение видоизмененных тканей

Правильный ответ: б

37. Фиксацию пломбы при кариесе можно усилить

а) искусственным углублением полости

б) покрытием зуба коронкой

в) созданием дополнительных ретенционных пунктов

г) применением внутриканальных штифтов

д) отсроченным пломбированием

Правильный ответ: в

38. При глубоком кариесе наиболее рационально применять прокладки

а) одонтотропные

б) противовоспалительные

в) антибактериальные

г) гормональные

д) витаминные

Правильный ответ: а

39. Выраженным одонтотропным действием обладают препараты

а) перекись водорода

б) антибиотики

в) гидроокись кальция

г) кортикостероиды

д) сульфаниламиды

Правильный ответ: в

40. К местной фторпрофилактике относится

а) фторирование воды

б) фторирование молока

в) аппликации 2% фторида натрия

г) прием таблеток фторида натрия внутрь

Правильный ответ: в

41. К общей фторпрофилактике относится

а) покрытие зубов фторлаком

б) применение фтористых зубных паст и гелей

в) фторирование воды

г) аппликации 2% фторида натрия

Правильный ответ: в

42. Наиболее эффективным методом профилактики фиссурного кариеса является

а) герметизация фиссур

б) применение антисептиков

в) очищение поверхности зуба щеткой

г) интенсивное полоскание

д) подавление роста бактерий антибиотиками

Правильный ответ: а

43. Герметизация фиссур показана

а) сразу после прорезывания зуба

б) через 6 месяцев после прорезывания зуба

в) через 1 год после прорезывания зуба

г) после прорезывания всех зубов

д) при поражении фиссуры кариесом

Правильный ответ: а

44. Эффект местной флюоризации основан на свойствах фтора

а) разрушать микроорганизмы

б) изменять рН зубного налета

в) препятствует прилипанию микроорганизмов к эмали

г) встраивается в эмаль с образованием фтораппатита

д) блокирует синтез молочной кислоты микроорганизмами

Правильный ответ: г

45. Заместительный дентин начинает образовываться

а) в норме (здоровый зуб)

б) при локализации процесса деминерализации в пределах эмали

в) при достижении процессом деминерализации дентина

г) при достижении деструкцией глубоких слоев дентина

Правильный ответ: в

46. Автор химико-паразитарной теории возникновения кариеса

а) Энтин

б) Боровский

в) Лукомский

г) Миллер

д) Платонов

Правильный ответ: г

47. Автор физико-химической теории возникновения кариеса

а) Энтин

б) Боровский

в) Лукомский

г) Миллер

д) Платонов

Правильный ответ: а

48. В результате переработки сахарозы микроорганизмами образуется кислота

а) уксусная

б) молочная

в) пировиноградная

г) фосфорная

д) азотная

Правильный ответ: б

49. Характер боли при среднем кариесе

а) при накусывании

б) длительные от раздражителя

в) кратковременные от раздражителя

г) самопроизвольные

д) «рвущие»

Правильный ответ: в

50. Нейтрализации кислоты в зубном налете слюной препятствует

а) малая буферная емкостью слюны

б) кислый рН слюны

в) ограниченная диффузия слюны в зубной налет

г) компоненты слюны несовместимы с кислотой

Правильный ответ: в

51. Преимущественный способ поступление минеральных компонентов в эмаль

а) из пищи

б) из слюны

в) из лимфы

г) из крови

д) из десневой жидкости

Правильный ответ: б

52. Максимальную кариесорезистентность эмали зуба обеспечивает соотношение кальций/фосфор

а) 1,0

б) 1,5

в) более 1,6

Правильный ответ: в

53. Процесс восполнения эмали минералами называется

а) деминерализация

б) реминерализация

в) декальцификация

г) рекальцификация

Правильный ответ: б

54. Процесс обеднения эмали зуба минералами называется

а) деминерализация

б) реминерализация

в) декальцификация

г) рекальцификация

Правильный ответ: а

55. Фтористый натрий проницаемость эмали:

а) повышает

б) понижает

в) не изменяет

Правильный ответ: б

56. Физиологический раствор проницаемость эмали:

а) повышает

б) понижает

в) не изменяет

Правильный ответ: в

57. Молочная кислота проницаемость эмали:

а) повышает

б) понижает

в) не изменяет

Правильный ответ: а

58. Раствор глюконата кальция проницаемость эмали:

а) повышает

б) понижает

в) не изменяет

Правильный ответ: б

59. Ортофосфорная кислота проницаемость эмали:

а) повышает

б) понижает

в) не изменяет

Правильный ответ: а

60. Реминерализация эмали зуба определяется ее:

а) микротвердость

б) проницаемость

в) растворимость

Правильный ответ: б

61. Реминерализующая терапия предполагает поступление в очаг деминерализации веществ:

а) минеральных

б) органических

Правильный ответ: а

62. Глубокий кариес дифференцируют:

а) со средним кариесом

б) с флюорозом

в) с хроническим периодонтитом

Правильный ответ: а

63. Глубокий кариес дифференцируют:

а) с флюорозом

б) с хроническим пульпитом

в) с хроническим периодонтитом

Правильный ответ: б

64. Глубокий кариес дифференцируют:

а) с флюорозом

б) с острым очаговым пульпитом

в) с хроническим периодонтитом

Правильный ответ: б

65. Протравливание эмали обеспечивает контакт эмали зуба с композиционным материалом по принципу:

а) микросцепления

б) химического взаимодействия

в) адгезии

Правильный ответ: а

66. Для лучшей ретенции композиционного материала эмаль подготавливают путем

а) фторирования

б) склерозирования

в) кислотного протравливания

Правильный ответ: в

67. Метод пломбирования полостей

а) сэндвич-методика

б) степ-бэк

в) латеральной конденсации

Правильный ответ: а

68. Метод пломбирования полостей

а) туннельное пломбирование

б) степ-бэк

в) латеральной конденсации

Правильный ответ: а

69. Цвет пломбировочного материала для эстетической реставрации следует выбирать при следующих условиях:

а) в темноте на высушенной поверхности зуба

б) при искуственном освещении после протравливания зуба кислотой

в) при естественном освещении на влажной поверхности зуба

Правильный ответ: в

70. Для сэндвич-техники пломбирования используется сочетание материалов:

а) фосфат цемент и амальгама

б) стеклоиономерный цемент и композит

в) фосфат цемент и стеклоиономерный цемент

Правильный ответ: б

71. В жевательной группе зубов при пломбировании по 2 классу по Блэку контактный пункт создается

а) плоскостной

б) точечный

в) ступенчатый

Правильный ответ: а

72. При нанесени однокомпонентной бондинговой системы поверхность дентина должна быть:

а) пересушена

б) слегка влажная

в) обильно увлажненная

Правильный ответ: б

73. Причина постпломбировочных болей после использования светоотверждаемых композитов

а) нанесение бондинга на пересушенный дентин

б) исключение изолирующей прокладки

в) использование абразивной пасты при полировании пломбы

Правильный ответ: а

74. Причина постпломбировочных болей после использования светоотверждаемых композитов

а) исключение изолирующей прокладки

б) нарушение техники полимеризации

в) использование абразивной пасты при полировании пломбы

Правильный ответ: б

75. Наиболее близка к современным представлениям о развитии кариеса зубов теория

а) физико-химическая

б) биологическая

в) химико-паразитарная

г) трофическая

Правильный ответ: б

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И ОСОБЕННОСТИ ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ

1. Первый этап препарирования кариозной полости

а) обработка краев эмали

б) раскрытие кариозной полости

в) расширение кариозной полости

г) некрэктомия

д) формирование кариозной полости

Правильный ответ: б

2. Второй этап препарирования кариозной полости

а) обработка краев эмали

б) раскрытие кариозной полости

в) расширение кариозной полости

г) некрэктомия

д) формирование кариозной полости

Правильный ответ: в

3. Заключительный этап препарирования кариозной полости

а) обработка краев эмали

б) раскрытие кариозной полости

в) расширение кариозной полости

г) некрэктомия

д) формирование кариозной полости

Правильный ответ: а

4. В кариозной полости не существует

а) краев

б) дна

в) углов

г) стенок

д) крыши

Правильный ответ: д

5. Принцип "ящикообразности" кариозной полости

а) стенки полости находятся под углом 90 градусов друг к другу

б) стенки полости находятся под углом 90 градусов к дну полости

в) стенки полости находятся под углом 90 градусов к дну полости и друг к другу

Правильный ответ: б

6. Внешний контур кариозной полости 1 класса чаще всего сходен

а) с четырехугольником

б) с овалом

в) с контуром естественных фиссур

Правильный ответ: в

7. Полость на жевательной поверхности моляров и премоляров, повторяющая очертание фиссуры относится к

а) I классу

б) II классу

в) III классу

г) IV классу

д) V классу

Правильный ответ: а

8. Полость, объединяющая вестибулярную и жевательную поверхности моляра относится к

а) I классу

б) II классу

в) III классу

г) IV классу

д) V классу

Правильный ответ: а

9. Полость на вестибулярной поверхности моляра в слепой ямке относится к

а) I классу

б) II классу

в) III классу

г) IV классу

д) V классу

Правильный ответ: а

10. Некрэктомию твердых тканей зуба целесообразно проводить бором

а) цилиндрическим

б) конусовидным

в) шаровидным

г) колесовидным

д) обратноконусным

Правильный ответ: в

11. Дно кариозной полости это

а) стенка, прилежащая к полости зуба

б) нижняя стенка полости

в) горизонтально расположенная стенка полости

г) стенка, прилежащая к десне

Правильный ответ: а

12. Отвесные стенки кариозной полости целесообразно формировать бором

а) шаровидным

б) конусовидным

в) цилиндрическим

г) обратноконусным

д) колесовидным

Правильный ответ: в

13. Основной принцип препарирования кариозной полости

а) профилактическое иссечение твердых тканей зуба до иммунных зон

б) принцип биологической целесообразности

в) принцип технической целесообразности

г) предельно полное иссечение пораженных тканей и щадящее отношение к здоровым

Правильный ответ: г

14. Принцип биологической целесообразности заключается

а) в профилактическом препарировании твердых тканей зуба до иммунных зон

б) в максимальном сохранении видимо здоровых тканей

в) в безболезненности препарирования

Правильный ответ: б

15. Болезненность препарирования кариозной полости снижается за счет:

а) прерывистого препарирования

б) работы в тщательно высушенной полости

в) малой скорости вращения бора

Правильный ответ: а

16. Болезненность препарирования кариозной полости снижается за счет:

а) малой скорости вращения бора

б) работы острым инструментом

в) работы в тщательно высушенной полости

Правильный ответ: б

17. Болезненность препарирования кариозной полости снижается за счет:

а) работы в тщательно высушенной полости

б) малой скорости вращения бора

в) охлаждения препарируемых тканей

Правильный ответ: в

18. Препарирование кариозных полостей включает

а) обезболивание, некрэктомию, финирование, расширение полости

б) расширение кариозной полости, некрэктомию, финирование

в) раскрытие кариозной полости, расширение полости, некрэктомию, формирование полости, финирование краев

г) финирование краев полости, обезболивание, расширение кариозной полости

Правильный ответ: в

19. Сложные очертания полости усиливают устойчивость пломбы

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

20. Можно ли создавать острые углы при препарировании кариозной полости

а) да

б) нет

Правильный ответ: б

21. Полости на контактной поверхности моляров и премоляров относятся к

а) I классу

б) II классу

в) III классу

г) IV классу

д) V классу

Правильный ответ: б

22. Кариесиммунные зоны располагаются

а) на вестибулярных поверхностях и фиссурах

б) на фиссурах и буграх

в) на буграх и вестибулярных поверхностях

Правильный ответ: в

23. Дно кариозной полости целесообразно формировать бором

а) шаровидным

б) конусовидным

в) цилиндрическим

Правильный ответ: в

24. Обработку краев эмали проводят

а) цилиндрическим стальным бором

б) алмазным бором

в) полиром

г) финиром

Правильный ответ: б

25. Критерий окончательного препарирования кариозной полости

а) наличие светлого размягченного дентина

б) наличие плотного пигментированного дентина

в) наличие светлого и плотного при зондировании дентина

Правильный ответ: в

26. В препарированных кариозных полостях I и II классов эмаль

а) нависает над подлежащим дентином

б) опирается на подлежащий дентин

в) не доходит до края подлежащего дентина

Правильный ответ: б

27. Особенности препарирования дна глубокой кариозной полости I класса:

а) сохранение на дне кариозной полости размягченного дентина

б) формирование профиля дна полости соответствующего форме полости зуба

в) формирование плоского дна кариозной полости

Правильный ответ: б

28. При отломе бугра коронки моляра анатомическую форму поможет восстановить

а) матрица

б) колпачок

в) сепарационная пластина

Правильный ответ: б

29. Метод улучшения фиксации пломб из цементов

а) создание дополнительных площадок и ретенционных пунктов

б) создание округлых форм полости

в) отказ от наложения изолирующей прокладки

Правильный ответ: а

30. Метод улучшения фиксации пломб из цементов

а) создание округлых форм полости

б) отказ от наложения изолирующей прокладки

в) применение парапульпарных штифтов

Правильный ответ: в

31. Придесневая стенка в полостях V класса препарируется под углом:

а) 45

б) 30

в) 75

Правильный ответ: в

32. Кариозные полости, локализующиеся на контактной поверхности моляров и премоляров по классификации Блэка относятся к

а) I классу

б) II классу

в) III классу

г) IV классу

д) V классу

Правильный ответ: б

33. Для пломбирования полости IV класса по Блэку применяют

а) композиционные материалы

б) амальгаму

в) иономерные цементы

г) поликарбоксилатные цементы

Правильный ответ : а

34. Назначение дополнительной площадки при формировании кариозной полости:

а) профилактика вторичного кариеса

б) улучшение фиксации пломбировочного материала

в) создание доступа к основной полости

г) косметическое нивелирование основной полости

Правильный ответ: б

35. Дно дополнительной площадки должно располагаться

а) в пределах эмалевого слоя

б) на границе эмали и дентина

в) на 1-2 мм ниже эмалево-дентинной границы

Правильный ответ: в

36. Кариозные полости, локализующиеся на контактной поверхности резцов и клыков с разрушением режущего края, по классификации Блэка относятся к

а) I классу

б) II классу

в) III классу

г) IV классу

д) V классу

Правильный ответ: г

37. Для пломбирования полости III класса по Блэку применяют

а) композиционные материалы

б) амальгаму

в) цинкфосфатные цементы

г) поликарбоксилатные цементы

Правильный ответ: а

38. Полости III класса на обеих контактных поверхностях резцов или клыков общей дополнительной площадкой:

а) соединяются

б) не соединяются

Правильный ответ: б

39. При отсутствии соседнего зуба и не пораженной жевательной поверхности полость II класса формируют

а) в виде треугольника с основанием к жевательной поверхности

б) в виде треугольника с основанием к шейке зуба

в) в виде овала

г) почкообразной

Правильный ответ: в

40. При отсутствии доступа к кариозной полости III класса и не пораженных губной и небной поверхностей, доступ создают:

а) с вестибулярной поверхности

б) с небной поверхности

в) со стороны режущего края

г) с контактной поверхности, раздвинув зубы сепаратором

Правильный ответ: б

41. Кариозные полости, локализующиеся на контактной поверхности резцов и клыков по классификации Блэка относятся к

а) I классу

б) II классу

в) III классу

г) IV классу

д) V классу

Правильный ответ: в

42. Дно полости V класса формируют:

а) плоским

б) вогнутым

в) сферически выпуклым

Правильный ответ: в

43. Использование матрицы необходимо при пломбировании полостей:

а) V класса

б) II класса

в) I класса

Правильный ответ: б

44. Использование матрицы необходимо при пломбировании полостей:

а) IV класса

б) Vкласса

в) I класса

Правильный ответ: а

45. При наличии доступа к кариозной полости III кл. и не пораженных губной и небной поверхностей, полость формируют

а) в виде овала

б) в виде треугольника с основанием к шейке зуба

в) в виде треугольника с основанием к режущему краю

Правильный ответ: б

ПУЛЬПИТ

1. Микроорганизмы, являющиеся причиной острого воспаления пульпы зуба:

а) стрептококки

б) актиномицеты

в) лактобактерии.

Правильный ответ: а

2. Токсический (ятрогенный) пульпит развивается вследствие

а) травления эмали

б) наложения девитализирующей пасты

в) обработки глубокой кариозной полости концентрированными растворами антисептиков

Правильный ответ: в

3. Форма пульпита, протекающая остро:

а) гипертрофический

б) гангренозный

в) фиброзный

г) диффузный

Правильный ответ: г

4. Форма хронического пульпита

а) фиброзный

б) диффузный

в) очаговый

Правильный ответ: а

5. Форма хронического пульпита

а) очаговый

б) гангренозный

в) диффузный

Правильный ответ: б

6. Форма хронического пульпита

а) диффузный

б) очаговый

в) гипертрофический

Правильный ответ: в

7. Серозный характер экссудата при пульпите изменяется на гнойный в течение

а) 2-4 часов

б) 6-8 часов

в) 12-24 часов

г) 1-2 суток.

Правильный ответ: б

8. Клетки, преобладающие в инфильтрате при остром пульпите:

а) одонтобласты

б) нейтрофилы

в) лимфоциты

г) макрофаги

Правильный ответ: б

9. Появление приступов боли при остром пульпите обусловлено

а) накоплением медиаторов воспаления

б) периодическим сдавливанием нервных окончаний при скоплении экссудата

в) раздражением нервных окончаний продуктами жизнедеятельности микроорганизмов и распада ткани.

Правильный ответ: б

10. При всех острых формах пульпита отмечают

а) кратковременные боли на раздражители

б) постоянная ноющая боль

в) самопроизвольные приступы ночной боли

г) приступы острой боли, иррадиирующие по ходу тройничного нерва

Правильный ответ: в

11. При хроническом течении пульпита отмечаются боли

а) кратковременные на раздражители

б) длительные на раздражители

в) самопроизвольные.

Правильный ответ: б

12. Боль при воздействии тепла уменьшается при остром пульпите

а) очаговом

б) диффузном

в) гнойном

Правильный ответ: а

13. Боль при воздействии холода уменьшается при остром пульпите

а) очаговом

б) диффузном

в) гнойном

Правильный ответ: в

14. Формы пульпита, при которых изменяется цвет зуба

а) острый очаговый

б) острый диффузный

в) хронический

Правильный ответ: в

15. Заболевание, для которого характерна резкая боль при зондировании дна кариозной полостив области рога пульпы:

а) острого очагового пульпита

б) острого диффузного пульпита

в) глубокого кариеса

г) острого периодонтита.

Правильный ответ: а

16. Заболевание, для которого характерна резкая боль при зондировании дна кариозной полости по всей площади:

а) острого очагового пульпита

б) острого диффузного пульпита

в) глубокого кариеса

г) острого периодонтита.

Правильный ответ: б

17. Показатель электровозбудимости при воспалении рога пульпы:

а) 20-25 мкА

б) 25 - 50 мкА

в) 50-90 мкА

г) 90-120 мкА.

Правильный ответ: а

18. Показатель электровозбудимости при воспалении коронковой пульпы:

а) 20-25 мкА

б) 25-50 мкА

в) 50-90 мкА

г) 90-120 мкА

Правильный ответ: б

19. Показатель электровозбудимости при воспалении корневой пульпы:

а) 20-25 мкА

б) 25-50 мкА

в) 50-90 мкА

г) 90-120 мкА

Правильный ответ: в

20. Сообщение между кариозной полостью и полостью зуба обнаруживается

а) при глубоком кариесе

б) остром пульпите

в) хроническом пульпите

Правильный ответ: в

21. Форма пульпита, при которой отмечается резкая боль только при зондировании корневой пульпы:

а) острый диффузный

б) хронический фиброзный

в) хронический гангренозный

г) хронический гипертрофический

Правильный ответ: в

22. Для хронического фиброзного пульпита характерно:

а) длительная боль от температурных и механических раздражителей

б) болезненность при перкуссии

в) безболезненная при зондировании коронковая пульпа

г) боль только при зондировании в корневых каналах

Правильный ответ: а

23. Для хронического гангренозного пульпита характерно:

а) ноющая боль от горячего

б) боль от механических раздражителей

в) кровоточивость при зондировании коронковой пульпы

Правильный ответ: а

24. Для хронического гангренозного пульпита характерно:

а) боль от механических раздражителей

б) кровоточивость при зондировании коронковой пульпы

в) сероватая, болезненная при зондировании коронковая пульпа

Правильный ответ: в

25. Для хронического гангренозного пульпита характерно:

а) боль от механических раздражителей

б) кровоточивость при зондировании коронковой пульпы

в) распад коронковой пульпы, резкая боль при зондировании в корневых каналах

Правильный ответ: в

26. Показанием для применения биологического метода лечения может быть

а) острый диффузный

б) хронический фиброзный

в) хронический гипертрофический

г) хронический гангренозный

Правильный ответ: б

27. При проведении биологического метода лечения пульпита желательно:

а) вскрыть полость зуба

б) не вскрывать полость зуба

Правильный ответ: б

28. Для обработки кариозной полости при биологическом методе лечения пульпита можно использовать:

а) спирт

б) 0,5% новокаин

в) 40% формалин

г) 0,05% хлоргексидин

Правильный ответ: г

29. Для лечения пульпита биологическим возможно применение пасты

а) резорцин-формалиновая

б) цинкоксидэвгеноловая

в) камфоро-феноловая

г) на основе хонсурида, гепарина

Правильный ответ: г

30. Витальная ампутация пульпы предусматривает:

а) удаление коронковой и корневой пульпы под анестезией

б) удаление коронковой пульпы с последующим наложением мумифицирующей пасты на устья корневых каналов

в) удаление коронковой и сохранение жизнеспособности корневой пульпы.

Правильный ответ: в

31. Витальная экстирпация пульпы предусматривает:

а) удаление коронковой и корневой пульпы под анестезией

б) удаление коронковой пульпы с последующим наложением мумифицирующей пасты на устья корневых каналов

в) удаление коронковой и сохранение жизнеспособности корневой пульпы.

Правильный ответ: а

32. Девитально-комбинированный метод лечения пульпита предусматривает

а) экстирпацию пульпы из всех корневых каналов

б) экстирпацию пульпы из доступных для обработки каналов и ее мумификацию в труднопроходимых каналах зуба

в) ампутацию пульпы и мумификацию корневой пульпы

г) ампутацию пульпы и сохранение жизнеспособности корневой пульпы

д) экстирпацию пульпы из доступных для обработки каналов и сохранение ее жизнеспособности в труднопроходимых каналах зуба

Правильный ответ: б

33. Витально-комбинированный метод лечения пульпита предусматривает

а) экстирпацию пульпы из всех корневых каналов

б) экстирпацию пульпы из доступных для обработки каналов и ее мумификацию в труднопроходимых каналах зуба

в) ампутацию пульпы и мумификацию корневой пульпы

г) ампутацию пульпы и сохранение жизнеспособности корневой пульпы

д) экстирпацию пульпы из доступных для обработки каналов и сохранение ее жизнеспособности в труднопроходимых каналах зуба

Правильный ответ: д

34. Девитальная экстирпация пульпы предусматривает:

а) удаление коронковой и корневой пульпы под анестезией

б) удаление коронковой пульпы с последующим наложением мумифицирующей пасты на устья корневых каналов

в) удаление коронковой и сохранение жизнеспособности корневой пульпы.

г) удаление коронковой и корневой пульпы после некротизации

Правильный ответ: г

35. Девитальная ампутация пульпы предусматривает:

а) удаление коронковой и корневой пульпы под анестезией

б) удаление коронковой пульпы и мумификация корневой пульпы

в) удаление коронковой и сохранение жизнеспособности корневой пульпы.

г) удаление коронковой и корневой пульпы после некротизации

Правильный ответ: б

36. Для остановки кровотечения в корневом канале необходимо

а) тампонировать ватной турундой на сутки

б) ввести турунду с 6% перекисью водорода на 5 мин

в) ввести турунду с аминокароновой кислотой на 30 - 60 сек.

Правильный ответ: в

37. Для остановки кровотечения в корневом канале необходимо

а) ввести турунду с 3% перекисью водорода на 2 - 3 мин

б) тампонировать ватной турундой на сутки

в) ввести турунду с 6% перекисью водорода на 5 мин

Правильный ответ: а

38. Глубину погружения эндодонтического инструмента до верхушечного отверстия можно определить с помощью

а) контрольной рентгенограммы

б) субъективных ощущений пациента

в) данных о стандартных размерах канала

Правильный ответ: а

39. Глубину погружения эндодонтического инструмента до верхушечного отверстия можно определить с помощью

а) субъективных ощущений пациента

б) данных о стандартных размерах канала

в) апекслокации

Правильный ответ: в

40. Инструмент для удаления пульпы при лечении пульпита:

а) пульпоэкстрактор

б) дрильбор или К-файл

в) корневая игла

г) бурав или Н-файл

Правильный ответ: а

41. Инструмент для создания околоверхушечного уступа в корневом канале:

а) пульпоэкстрактор

б) дрильбор или К-файл

в) корневая игла

г) штопфер корневой

Правильный ответ: б

42. При лечении пульпита необходимо пломбировать корневой канал

а) не доводя материал до верхушечного отверстия на 0,5-1 мм

б) до верхушки

в) с выведением за верхушечное отверстие.

Правильный ответ: а

43. Мышьяковистую пасту на многокорневые зубы накладывают на срок:

а) 12 часов

б) 48 часов

в) 36 часов

Правильный ответ: б

44. Для девитализации пульпы используют пасту, содержащую

а) унитиол

б) мышьяковистый ангидрид

в) крезол

г) хлорамин

Правильный ответ: б

45. Для девитализации пульпы используют пасту, содержащую

а) унитиол

б) крезол

в) n - хлорфенол

Правильный ответ: в

46. Для девитализации пульпы используют пасту, содержащую

а) унитиол

б) крезол

в) триоксиметилен

Правильный ответ: в

47. Для девитализации пульпы используют пасту, содержащую

а) унитиол

б) крезол

в) параформальдегид

Правильный ответ: в

48. Показание для лечения пульпита девитальным методом:

а) непереносимость анестетиков

б) облитерация корневых каналов по данным рентгенографии

Правильный ответ: а

49. Фармакологическое действие мышьяковистой пасты:

а) блокада нервных рецепторов

б) расширение кровеносных сосудов

в) блокада окислительно-восстановительных ферментов клетки.

Правильный ответ: в

50. В состав мышьяковистой пасты дополнительно включен

а) сильный антисептик

б) препарат для расширения кровеносных сосудов

в) антибиотик

г) рентгеноконтрастное вещество

Правильный ответ: а

51. В состав мышьяковистой пасты дополнительно включен

а) антибиотик

б) препарат для расширения кровеносных сосудов

в) местный анестетик

г) рентгеноконтрастное вещество

Правильный ответ: в

52. Мышьяковистая паста должна накладываться на вскрытую полость зуба

а) да

б) нет

Правильный ответ: а

53. Количество девитализирующей пасты, помещаемое на вскрытую точку полости зуба, соответствует по объему:

а) головки шаровидного бора наименьшего диаметра (№1)

б) головки шаровидного бора наибольшего диаметра (№5)

в) ложечки экскаватора наименьшего размера (№1)

г) ложечки экскаватора наибольшего размера (№3)

Правильный ответ: а

54. На сколько размеров по ISO рекомендуется расширять корневой канал при лечении пульпита:

а) на один

б) на три

в) на пять

г) на семь

Правильный ответ: б

55. Девитализирующая паста длительного действия

а) цинк-эвгенольная

б) параформальдегидная

в) кальцийсодержащая

г) камфорная

Правильный ответ: б

56. Девитализирующая паста импортного производства («Septodont»)

а) Лайф

б) Каустинерв

в) Детартрин

Правильный ответ: б

57. Мышьяковистую пасту на однокорневые зубы накладывают на срок:

а) 12 часов

б) 48 часов

в) 24 часа

Правильный ответ: в

58. Мышьяковистую пасту длительного действия накладывают на срок

а) 2 суток

б) 5 суток

в) 7-10 суток

Правильный ответ: в

59. Медобработку корневых каналов целесообразно проводить

а) промыванием из шприца через эндодонтическую иглу

б) ватной турундой на корневой игле

в) бумажным штифтом смоченным антисептиком

Правильный ответ: а

60. Антисептик для медобработки корневых каналов из группы «хлорсодержащие»

а) йодинол

б) перекись волорода

в) гипохлорид натрия

г) бензалкония хлорид

Правильный ответ: в

61. Антисептик для медобработки корневых каналов из группы «йодсодержащие»

а) йодинол

б) перекись волорода

в) гипохлорид натрия

г) хлорамин

Правильный ответ: а

62. Для медобработки корневых каналов оптимально сочетание препаратов

а) йодинол и перекись водорода

б) перекись волорода и гипохлорид натрия

в) гипохлорид натрия и ферменты

г) ферменты и фурацилин

Правильный ответ: б

63. Антисептическая повязка при лечении пульпита это

а) лекарственный препарат, введенный в корневой канал между посещениями

б) лекарственный препарат, введенный в полость зуба под постоянную пломбу

в) лечебная прокладка на устья корневых каналов

Правильный ответ: а

64. Препарат для антисептической повязки при лечении пульпита

а) каустинерв

б) лайф

в) перекись водорода

г) эндотин

Правильный ответ: г

65. Препарат для антисептической повязки при лечении пульпита

а) каустинерв

б) лайф

в) перекись водорода

г) крезофен

Правильный ответ: г

66. Препарат для антисептической повязки при лечении пульпита

а) каустинерв

б) лайф

в) перекись водорода

г) мепасил

Правильный ответ: г

67. Препарат для антисептической повязки при лечении пульпита

а) каустинерв

б) лайф

в) перекись водорода

г) пульпосептин

Правильный ответ: г

68. Действующее вещество большинства препаратов для химического расширения корневых каналов

а) ортофосфорная кислота

б) гипохлорид натрия

в) этилендиаминтетрауксусная кислота

г) полиакриловая кислота

Правильный ответ: в

69. Препарат для химического расширения корневых каналов

а) канал плюс

б) крезофен

в) каласепт

г) эндотин

Правильный ответ: а

70. Препарат для химического расширения корневых каналов

а) ларгаль ультра

б) крезофен

в) каласепт

г) эндотин

Правильный ответ: а

71. Препарат для распломбирования эвгенатов в корневом канале

а) канал плюс

б) эндосольв Е

в) фенопласт

г) эндосольв R

Правильный ответ: б

72. Препарат для распломбирования резорцин-формалиновых смол в корневом канале

а) канал плюс

б) эндосольв Е

в) эвгенат

г) эндосольв R

Правильный ответ: б

73. При интоксикации периодонта мышьяком в корневой канал помещают антидот

а) эвгенол

б) унитиол

в) гипохлорид натрия

г) дистиллированную воду

Правильный ответ: б

74. При интоксикации периодонта мышьяком в корневой канал помещают

а) эвгенол

б) йодсодержащий препарат

в) гипохлорид натрия

г) дистиллированную воду

Правильный ответ: б

75. Уровень пломбирования корневого канала при лечении пульпита

а) 1,5-2 мм не доходя до рентгенологической верхушки

б) до рентгенологической верхушки

в) с небольшим выведением материала за верхушку корня

Правильный ответ: а

**ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ**

Раздел 1

ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

001. Свищ, находящийся в нижней трети шеи

на передней границе кивательной мышцы,

является результатом нарушения развития

а) первой жаберной щели

б) первого жаберного мешка

в) второй жаберной щели

г) второго жаберного мешка

д) третьей жаберной щели

002. Медиальная стенка орбиты образована

а) клиновидной, лобной и скуловой костями

б) клиновидной, лобной и слезной костями

в) верхнечелюстной, клиновидной и сфеноидальной костями

г) верхнечелюстной, клиновидной и слезной костями

д) верхнечелюстной, сфеноидальной и клиновидной костями

003. Слизистая латеральной стенки носа иннервируется

а) передним клиновидным нервом

б) носо-небным нервом

в) парасимпатическими волокнами крылонебного узла

г) всеми вышеперечисленными

004. Лимфоотток из области век осуществляется

а) в поверхностные шейные лимфатические узлы

б) в околоушные лимфатические узлы

в) в поднижнечелюстные лимфатические узлы

в области угла нижней челюсти

г) верно б) и в)

д) в подбородочные лимфатические узлы

005. В сонном треугольнике (футляре), кроме сонной артерии, располагаются

а) глубокие шейные лимфатические узлы

б) блуждающий нерв

в) внутренняя яремная вена

г) диафрагмальный нерв

д) верно а),б),в)

006. Мандибулярная ветвь тройничного нерва иннервирует следующие мышцы

а) мышцу, опускающую небную занавеску

б) мышцу, поднимающую небную занавеску

в) небо-язычную

г) язычок

д) щечную

007. Околоушная железа

а) состоит из двух долей: поверхностной и глубокой

б) лежит между жевательной мышцей, кивательной мышцей

и хрящевой основой наружного слухового прохода

в) лежит на несколько мм ниже угла нижней челюсти

и выше скуловой дуги

г) нижняя граница глубокой доли находится в тесном взаимоотношении

с внутренней сонной артерией и яремной веной

д) все вышеперечисленное верно

008. В поднимании нижней челюсти не участвует

а) жевательная мышца

б) медиальная крыловидная мышца

в) верхняя часть височной мышцы

г) латеральная крыловидная мышца

009. Дермоидная киста

а) обычно располагается подкожно

б) обычно располагается внутрикожно

в) не содержит волосы и сальные железы

г) может содержать мезодермальный компонент

д) верно а) и г)

010. Дефицит аскорбиновой кислоты в период заживления раны приводит

а) к замедлению продуцирования коллагена фибропластами

б) к воспалительной реакции

в) к вазодилатации

г) к замедлению митотической активности эпителия

д) ни одно из перечисленных

011. Нарушение остеорепаративных процессов при переломе нижней челюсти

может быть вызвано

а) неадекватной резорбцией кости

б) плохой иммобилизацией

в) реакцией на чужеродный металл

г) системным заболеванием

д) инфекцией

е) всем вышеперечисленным

012. Носовая полость образована

а) крыльными хрящами

б) костями носа

в) перпендикулярной пластинкой решетчатой кости

г) хрящами перегородки носа

д) верно б) и г)

013. Иннервация слизистой оболочки носа происходит

а) от подглазничного нерва

б) от надблокового нерва

в) от крыло-небного узла

г) от переднего решетчатого нерва

д) зубного сплетения

014. Носослезный канал формируется

а) из соединения латерального носового и максиллярного отростков

б) из соединения медиального носового и максиллярного отростков

в) из латерального носового отростка

г) из медиального носового отростка

д) из максиллярного отростка

015. Из второй жаберной дуги формируются

а) собственно жевательная мышца

б) переднее брюшко двубрюшной мышцы

в) заднее брюшко двубрюшной мышцы

г) височная мышца

Раздел 2

МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

001. Местные анестетики относятся

а) к антигистаминным фармакологическим соединениям

б) к антагонистам ацетилхолина

в) к антиаритмическим препаратам

г) к аналептикам

д) к нейроплегикам

002. Лидокаин относится

а) к амину

б) к эфиру

в) к амиду

г) к производному изохинолина

д) к адамантильному радикалу

003. Какой из местных анестетиков является

эфиром пара-аминобензойной кислоты?

а) азакаин

б) совкаин

в) новокаинамид

г) новокаин

д) мезокаин

004. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит

а) от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей

б) от концентрации препарата

в) от разрушения тканевыми ферментами

005. Каким путем осуществляется инактивация местных анестетиков?

а) гидролиза псевдохолинэстеразной плазмы, редукции в печении

б) соединения с гликулироновой кислотой печени

в) окисления

г) выделения почками

006. Лидокаин оказывает антиаритмическое действие

а) при внутривенном введении в дозе 1-2 мг/кг

б) не вызывая значительного снижения сердечного выброса

в) вследствие снижения возбудимости миокарда

г) значительно быстрее у пациентов во время анестезии,

чем у бодрствующих пациентов

д) у ослабленных пациентов

007. Выраженное сосудорасширяющее действие оказывают

а) дикаин, лидокаин

б) совкаин

в) моррин

г) новокаин

008. Действие местного анестетика на ЦНС зависит

а) от сочетанного применения местных анестетиков

б) от концентрации

в) от дозы

г) от скорости введения

д) от способа введения

е) верно б),в),г),д)

009. Внутривенное введение лидокаина с целью дополнения к общей анестезии

вызывает

а) угнетение глоточных рефлексов, угнетение дыхания,

угнетение гортанных рефлексов

б) экстрасистолию, брадикардию

010. При сравнении хлористоводородного и углекислого лидокаина

отмечается, что

а) углекислый лидокаин оказывает более сильное действие.

Латентный период углекислого лидокаина

на 30% короче хлористоводородного

б) pH углекислого лидокаина составляет 7.6

в) длительность действия углекислого лидокаина увеличивается на 50%

г) анальгетическое действие углекислого лидокаина больше,

чем у хлористоводородного

011. Новокаин является

а) антигистаминным препаратом

б) местным препаратом анальгизирующего действия

в) противозудным препаратом

г) ингибитором моноаминооксидаз

д) противошоковым препаратом

012. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется

а) мианозом, сонливостью; уменьшается назначением в премедикации

б) судорогами

в) тошнотой и рвотой

013. Наибольшей длительностью действия обладает

а) тримекаин

б) новокаин

в) лидокаин

г) маркаин, анакаин

014. Максимальной дозой наиболее часто применяемых вазоконстрикторов

является

а) адреналин 0.2 мг

б) адреналин 0.02 мг

в) норадреналин 0.4 мг

г) норадреналин 0.2 мг

д) вазопрессин 0.4 мг

е) все вышеперечисленные

015. Для новокаина преимущественное значение имеет

а) инфильтрационная анестезия

б) проводниковая анестезия

в) внутрилигаментарная инъекция

г) спонгиозная инъекция

д) внутрипериодонтальная инъекция

016. Для тримекаина преимущественное значение имеет

а) инфильтративная инъекция

б) проводниковая инъекция

в) поднадкостничная инъекция

г) внутрилигаментарная инъекция

д) спонгиозная инъекция

017. Для лидокаина преимущественное значение имеет

а) инфильтрационная инъекция, проводниковая инъекция

б) спонгиозная инъекция

в) внутрилигаментарная инъекция

г) внутрипульпарная инъекция

018. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна

а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка

б) для нижнего первого моляра

в) для центральных нижних резцов

019. Для симпатомимических аминов характерны следующие эффекты

а) адреналин вызывает увеличение сердечного выброса,

а также увеличение кровотока во всех органах

б) норадреналин вызывает брадикардию

в) мезатон вызывает вазоконстрикцию

г) адреналин и норадреналин вызывают увеличение почечного кровотока

020. При применение норадреналина наблюдаются следующие эффекты

а) положительное инотропное действие на сердце

б) гипергликемия и повышение метаболизма в организме

в) увеличение коронарного кровотока

г) вазоконстрикция сосудов почек

д) повышение работы миокарда

021. Норадреналин вызывает

а) спазм артерий и расширение вен

б) расширение артерий и спазм вен

в) расширение артерий и вен

г) спазм артерий и вен

д) причина поражения почек неясна

022. Наименьший клинический эффект достигается при

а) подкожном пути введения адреналина

б) внутримышечном пути введения адреналина

в) внутривенном пути введения адреналина

г) эпидуральном пути введения адреналина

д) субарахноидальном пути введения адреналина

023. Никакого радикала парааминобензойной кислоты не имеет

следующий местный анестетик

а) лидокаин, совкаин

б) новокаин

024. Стерилизовать автоклавированием можно

а) лидокаин, дикаин

б) тримекаин

025. Болевые рецепторы содержат

а) роговица глаза, дентин зуба

б) сухожилия коленного состава

в) надкостница альвеолярного отростка

г) вещество головного мозга

026. Деполяризация постсинаптической мембраны предшествует

а) проникновение Cl- в клетку

б) вхождение Ma+ в клетку

в) увеличение проницаемости постсинаптической мембраны

г) возникает деполяризация постсинаптической мембраны

д) вхождение K+ в субневральное пространство

027. Проведение импульса по нерву обусловлено

а) деполяризацией мембраны

б) накоплением натрия внутри клетки

в) проникновением иона кальция

г) холиностеразой

д) выходов иона магния

028. Нормальная нервно-мышечная проводимость обеспечивается

следующими компонентами, за исключением

а) ацетилхолина

б) ацетилхолазы

в) псевдохолинэстеразы

г) холиэстеразы

д) рецепторной субстанции

029. Нижняя челюсть иннервирует ветвь тройничного нерва

а) I-ой

б) II-ой

в) III-ей

030. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва

а) I-ой

б) II-ой

в) III-ей

031. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа

а) через сонное отверстие

б) через овальное отверстие

в) через остистое отверстие

г) через круглое отверстие

032. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей

а) задних

б) средних

в) передних

033. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят

а) 876678

б) 88

в) 5445

г) 8765445678

д) 7667

034. При инфраорбитальной анестезии наступает

блокада верхних луночковых ветвей

а) средних и задних

б) передних и задних

в) передних и средних

035. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии

входят

а) моляры

б) верхняя губа, крыло носа

в) 43211234,

слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны

г) 43211234,

слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны

036. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада

а) носонебного нерва

б) большого небного нерва

в) среднего верхнего зубного сплетения

037. В зону обезболивания при анестезии у большого небного отверстия

входят слизистая оболочка твердого неба от третьего моляра и

а) до клыка

б) до первого резца

в) до первого премоляра

038. В зону обезболивания при анестезии у резцового отверстия

входят слизистая оболочка альвеолярного отростка от резцов до клыков

а) с небной стороны

б) с вестибулярной стороны

в) с вестибулярной и небной сторон

039. Нижнечелюстной нерв является ветвью тройничного нерва

а) I-ой

б) II-ой

в) III-ей

040. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие

а) сонное

б) круглое

в) овальное

г) остистое

041. Двигательной ветвью тройничного нерва называется

а) n.masseter

б) n.auriculotemporalis

в) n.temporalis anterior profundus

г) n.temporalis medialos profundus

042. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии

внутриротовым способом является

а) моляры

б) височный гребешок

в) позадимолярная ямка

г) крыловидночелюстная складка

043. К внеротовому способу мандибулярной анестезии относится обезболивание

а) торусальная

б) подскуловая по Егорову

в) из поднижнечелюстной области

044. При торусальной анестезии происходит блокада нервов

а) язычного и щечного

б) язычного и нижнелуночкового

в) язычного, щечного и нижнелуночкового

г) язычного, нижнелуночкового и подбородочного

045. В зону обезболивания при анестезии щечного нерва входят

слизистая оболочка щеки и альвеолярной части нижней челюсти

от третьего моляра и

а) до клыка

б) до первого резца

в) до первого премоляра

046. При анестезии язычного нерва вкол иглы производят в слизистую оболочку

челюстно-язычного желобка на уровне

а) первого моляра

б) второго моляра

в) третьего моляра

047. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится

а) у сонного отверстия

б) у овального отверстия

в) у остистого отверстия

г) у круглого отверстия

048. Выключение двигательных волокон нижнечелюстного нерва проводится

а) при рубцовой контрактуре

б) при вправлении скуловой кости

в) при воспалительной контрактуре

049. Целью проведения анестезии по Берше является блокада

а) язычного и нижнелуночкового нервов

б) язычного, щечного и нижнелуночкового нервов

в) двигательных волокон тройничного нерва

050. Стволовая анестезия показана при вмешательствах на челюстях

а) малотравматичных

б) длительных вмешательствах

в) малотравматичных и длительных операциях

051. При стволовой анестезии зона обезболивания включает

а) зубы

б) всю половину челюсти

в) слизистую оболочку челюсти

052. Стволовая анестезия верхнечелюстного нерва проводится

а) у сонного отверстия

б) у овального отверстия

в) у остистого отверстия

г) у круглого отверстия

053. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится

а) у сонного отверстия

б) у овального отверстия

в) у остистого отверстия

г) у круглого отверстия

054. Ориентиром для проведения стволовой анестезии II и III ветвей

тройничного нерва служит

а) подвисочный гребень

б) передний край жевательной мышцы

в) наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

055. Для проведения стволовой анестезии используют иглу длиной

а) 3-4 см

б) 7-8 см

в) 10-15 см

056. Ориентиром вкола иглы при анестезии верхнечелюстного нерва

по Вайсблату служит

а) суставной бугорок

б) скулоальвеолярный гребень

в) середина трагоорбитальной линии

057. При анестезии нижнечелюстного нерва у овального отверстия

по Вайсблату после достижения наружной пластинки

крыловидного отростка необходимо развернуть иглу на 1 см

а) книзу

б) кзади

в) кверху

г) кпереди

058. Местное осложнение после проведения проводникового обезболивания

а) неврит

б) невралгия

в) вазопатия

059. Непосредственным местным осложнением стволовой анестезии является

а) обморок

б) повреждение лицевой артерии

в) попадание иглой в полость носа

060. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является

а) обморок

б) гематома

в) контрактура

061. Токсичность местных анестетиков проявляется

а) при гипертиреозе

б) при увеличении концентрации анестетика

в) при попадании анестетика в кровяное русло

062. Непосредственные общие осложнения,

возникающие при передозировке анестетика

а) тризм

б) двигательное возбуждение, судороги

в) гиперемия в области введения анестетика

063. Общим обезболиванием является

а) атаралгезия

б) эндотрахеальный наркоз

в) проводниковая анестезия

г) вагосимпатическая блокада

д) инфильтрационная анестезия

064. Общим обезболиванием является

а) внутривенный наркоз

б) стволовая анестезия

в) спинальная анестезия

г) паранефральная блокада

065. Для ингаляционного наркоза используется

а) калипсол

б) фторотан

в) дроперидол

г) оксибутират натрия

066. Жидкое наркотическое средство,

используемое для ингаляционного наркоза

а) фторотан

б) калипсол

в) циклопропан

г) закись азота

067. Способами неингаляционного наркоза являются

а) масочный

б) внутривенный

в) эндотрахеальный

068. Для неингаляционного наркоза применяется

а) эфир

б) фторотан

в) сомбревин

г) закись азота

069. Для неингаляционного наркоза применяется

а) эфир

б) трилен

в) гексенал

г) закись азота

070. Для неингаляционного наркоза применяется

а) эфир

б) кетамин

в) хлороформ

г) закись азота

071. Наркоз, используемый при длительных и травматических операциях

а) масочный

б) внутривенный

в) электронаркоз

г) эндотрахеальный

072. При нейролептаналгезии препараты вводят

а) энтерально

б) внутривенно

в) ингаляционно

г) внутримышечно

073. Препараты, используемые для нейролептаналгезии

а) промедол, трентал

б) циклопропан, морфин

в) гексенал, сомбревин

г) дипидолор, пенталгин

д) фентанил, дроперидол

074. Признаком наступления нейролептаналгезии является

а) релаксация

б) двигательное возбуждение

в) нейровегетативное торможение

г) психоэмоциональная индифферентность

075. Атаралгезией называется

а) разновидность нейролептаналгезии

б) самостоятельный способ обезболивания

в) способ проведения ингаляционного наркоза

г) способ проведения неингаляционного наркоза

076. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы

а) седативных

б) снотворных

в) транквилизаторов

077. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы

а) наркотиков

б) аналгетиков

в) атарактиков

078. Показанием к проведению общего обезболивания является

а) травматичность операции

б) длительность вмешательства

в) неуравновешенность психики больного

079. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является

а) полный желудок

б) аллергия к местным анестетикам

в) неуравновешенность психики больного

080. При передозировке адреналина больному необходимо ввести

а) внутривенно 1 мл атропина

б) внутривенно 1 мл мезатона

в) внутримышечно 1 мл норадреналина

081. Во время коллапса сознание

а) сохранено

б) не сохранено

082. Коллапс - это

а) аллергическая реакция на антиген

б) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

083. Во время коллапса кожные покровы

а) сухие, бледные

б) влажные, бледные

в) сухие, гиперемированные

г) влажные, гиперемированные

084. Пульс во время коллапса

а) частый, нитевидный

б) нитевидный, редкий

в) частый, хорошего наполнения

г) редкий, хорошего наполнения

085. Артериальное давление во время коллапса

а) повышено

б) понижено

086. Дыхание во время коллапса

а) глубокое

б) поверхностное

087. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне

а) диатеза

б) интоксикации

в) хронического панкреатита

г) перенесенной ранее аллергической реакции

088. При подозрении на развитие у больного анафилактического шока

на введенный анестетик, проводимая терапия

должна включать в себя препараты

а) аналептики

б) гормональные

в) антигистаминные

г) антигистаминные и аналептики

д) антигистаминные и гормональные

е) антигистаминные, аналептики и гормональные

089. Анафилактический шок - это

а) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

б) наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген

в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

090. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде осуществляется

а) стоматологом

б) средним медицинским персоналом

в) врачами специализированной службы

091. Количество толчков в одну минуту

при проведении непрямого массажа сердца

а) 30

б) 60

в) 90

092. При проведении непрямого массажа сердца

руки реаниматора располагаются

а) на эпигастрии

б) на нижней трети грудины

в) на средней трети грудины

093. При наступлении клинической смерти внутрисердечно вводят

раствор адреналина гидрохлорида

а) 1%

б) 10%

в) 0.1%

094. При разрыве периферического нерва проксимальный конец волокна

а) не подвергается дегенерации

б) дегенерация распространяется до первого узла Ранвье

в) не происходит разложения миэлина и фрагментации нейрофибил

г) дегенерации подвергаются только безмиелиновые волокна

до спинного мозга

д) дегенерации подвергаются безмиелиновые волокна

до следующего узла Ранвье

095. Наиболее верным признаком кислородной недостаточности является

а) гипертензия

б) тахикардия

в) углубленное дыхание

г) гипотония

д) повышенное систолическое давление

096. Наиболее часто встречающимися осложнениями

при проведении общей анестезии является

а) угнетение дыхания

б) нарушение проходимости дыхательных путей

в) нарушение сердечного ритма

г) тахикардия

д) цианоз

097. Правильный порядок следующих анатомических образований

по степени уменьшения чувствительности к кислородной недостаточности

следующий

а) кора, мозжечок, продолговатый мозг, спинной мозг

б) кора, продолговатый мозг, мозжечок, спинной мозг

в) кора, продолговатый мозг, спинной мозг, мозжечок

г) продолговатый мозг, кора, мозжечок, спинной мозг

д) кора, мозжечок, спинной мозг, продолговатый мозг

098. К функциям крови относятся

а) дыхание

б) экскреция

в) транспорт антител и гормонов, питание

г) баланс жидкости в организме

099. Выраженные болевые ощущения наблюдаются

а) при воспалении

б) при расширении артерий

в) при растяжении мягких тканей

г) при растяжении полых органов

д) при давлении на ткани

100. Доводом для различия между "быстрой" и "медленной" болью является

а) скорость проведения по нервным волокнам различного диаметра

б) начало реакции тканей пораженной области

в) замедленная сосудистая реакция в пораженной области

г) местная вазоконстрикция

д) местная вазодилатация

101. Применение следующей методики естественного дыхания

создает наибольший дыхательный объем

а) положение на животе:

сдавление грудной клетки со стороны спины - выдох,

поднимание за руки - вдох

б) положение на спине:

сдавление грудной клетки - выдох, поднимание рук - вдох

в) положение с запрокинутым подбородком с валиком под плечи

г) искусственная вентиляция "рот в рот"

д) поднимание ног

102. При применении кислородотерапии поток кислорода

следует увеличивать до тех пор, пока

а) не нормализуется дыхание

б) артериальное давление не превысит исходный уровень

в) не исчезнет цианоз

г) не наступит наибольший уровень пульса

д) ликвидируется дефицит пульса

103. Риск экстренной операции у пациентов наименьший

а) при стенокардии с учащением приступов за последнее время

б) при начальных признаках сердечной недостаточности

в) при полной поперечной блокаде с приступами Адамса - Стокса

г) если в анамнезе инфаркт миокарда

д) при выраженном стенозе аорты

104. Правильно проводимый непрямой массаж сердца

а) обеспечивает нормальную альвеолярную вентиляцию

б) должен проводиться при положении пациента на твердой поверхности,

может сопровождаться отломом мечевидного отростка

в) обеспечивает до 50% от нормального сердечного выброса

г) может сопровождаться переломом одного или более ребер

105. Первым признаком шока является

а) снижение центрального венозного давления

б) снижением сердечного выброса

в) снижение артериального давления

г) повышение артериального давления

д) увеличение венозного возврата

106. Пульсовое давление при выраженном сосудистом коллапсе

а) увеличивается

б) остается неизменным

в) уменьшается, а затем увеличивается

г) уменьшается

д) вариабельно

107. Противопоказаниями к проведению местного обезболивания являются

а) дентофобия

б) резко выраженная эмоциональность с невротической реакцией

в) заболевания центральной нервной системы

г) детский возраст

д) все вышеперечисленные противопоказания

108. Обязательным при общем обезболивании не является

а) наркоз, сон

б) анальгезия

в) арефлексия

г) все перечисленные выше

д) поддержание адекватного газообмена и гемодинамики

Раздел 3

ФИЗИОТЕРАПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001. В методиках гальванизации при электрофорезе применяется

а) постоянный ток

б) переменный ток

002. Положительно заряженная лидаза вводится в ткани при электрофорезе

а) с положительного полюса

б) с отрицательного полюса

003. Никотиновая кислота, имеющая отрицательный заряд,

вводится в ткани при электрофорезе

а) с положительного полюса

б) с отрицательного полюса

004. К диадинамическому току относится

а) однотактный непрерывный ток

б) двухтактный непрерывный ток

в) прерывистый ритмичный ток

г) все вышеперечисленные

005. В основе диадинамических токов лежит

а) снижение pH внутритканевой жидкости

б) нервно-рефлекторные механизмы

в) раздражение вегетативных образований

006. Эндогенное тепло в тканях при воздействии поля УВЧ образуется за счет

а) направленного колебания ионов, дипольных и полярных молекул

б) за счет межтканевой жидкости

в) за счет механического перемещения тканей

007. В основу образования ультразвука положен следующий принцип

а) высокочастотные колебания электрического поля

б) магнитострекционный эффект пьезоэлектрических датчиков

008. На чем основано бактерицидное действие ультрафиолетового излучения?

а) в клетках микробов нарушается обмен нуклеиновых кислот

б) бактерии гибнут от повышения температуры в тканях

009. Магнитотерапия при переломах назначается

а) на 1-2 день

б) на 2-3 день

в) на 4-5 день

010. Магнитотерапия назначается больным

с воспалительными процессами после вскрытия

а) с 2-1 дня

б) с 3-4 дня

011. Напряженность магнитного поля измеряется

а) в теслах

б) в амперах

в) в вольтах

012. Интенсивность ультразвуковых колебаний измеряется

а) в ваттах

б) в теслах

в) в амперах

013. Для уменьшения спаечных процессов и келлоидных рубцов

ультразвук назначается

а) сразу после операции

б) через 3-5 дней после операции

в) через 4-6 дней после снятия швов

014. Физиотерапевтическое лечение больных

с острыми воспалительными процессами после вскрытия начинается

а) с 1-3 дня

б) с 4-6 дня

в) с 7-10 дня

Раздел 4

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

001. При клиническом методе обследования

жалобы и анамнез включают в себя

а) общие сведения о больном

б) анамнез жизни

в) анамнез заболевания

г) перенесенные и сопутствующие заболевания

д) все перечисленные выше

002. Как поступать,

если больной не может подробно рассказать анамнез заболевания?

а) не предавать этому значения

б) задавать наводящие вопросы

в) вызвать на беседу родственников

г) записать в истории болезни,

что собрать анамнез заболевания не удалось

д) верно б) и в)

003. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания,

а) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются

б) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц

или бригады скорой помощи

в) история болезни заполняется после нормализации состояния

004. Следует ли писать в истории болезни:

"при внешнем осмотре отмечается асимметрия лица"?

а) обязательно

б) нет, так как нет симметричных лиц

005. В истории болезни при внешнем осмотре больного отражается

а) локализация изменений

б) характер изменений (припухлость, деформация, рубец, дефект)

в) функциональные нарушения (речи, глотания, жевания)

г) цвет кожных покровов

(нормальные, бледные, цинотичные, гиперемириванные)

д) верно а),б),г)

006. Последовательность осмотра слизистой полости рта

а) губ, щек, альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба, языка,

подъязычной области

б) губ, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба,

подъязычной области, языка, щек

в) губ, языка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, щек,

альвеолярных отростков

007. Существуют следующие виды риноскопии

а) передняя

б) средняя

в) задняя

г) боковая

008. При передней риноскопии можно осмотреть носоглоточное пространство

а) да

б) нет

009. Для проведения риноскопии нужны следующие инструменты

а) лобный рефлектор,носовое зеркало,

маленькие зеркала диаметром 8-10 мм

б) риноскоп

в) лобный рефлектор, носовой расширитель, стоматологическое зеркало

010. Пальпация относится

а) к клиническому методу обследования больного

б) к дополнительному методу обследования больного

в) к лабораторному методу обследования больного

011. Ложная флюктуация - это

а) флюктуация воспринимается в одном направлении

б) отсутствие колебаний жидкости в полости

в) колебание жидкости во всех направлениях

012. Определяются ли в норме лимфатические узлы лица и шеи?

а) да

б) нет

013. Как правильно проводить пальпацию?

а) от "здорового" к "больному" участку тела

б) от "больному" к "здоровому" участку тела

014. Бимануальная пальпация применяется

а) во всех случаях патологии челюстной-лицевой области

б) в челюстно-лицевой области не применяется

в) при патологии тканей дна полости рта

г) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез

д) только при локализации процесса в щечной области

е) при локализации процесса на шее

015. Перкуссия грудной клетки при обследовании

больных с патологией челюстно-лицевой области

а) не применяется

б) проведение перкуссии грудной клетки

у больных с патологией челюстно-лицевой области не обязательно

в) можно применять по показаниям

г) обязательно применяется, как один из методов обследования больного

016. При перкуссии грудной клетки можно судить

о расширении переднего средостения при медиастените

а) да

б) нет

017. При перкуссии зубов определяется

а) болевая реакция

б) некроз пульпы

в) перелом коронки зуба

г) перелом корня зуба

д) подвижность зубов

018. Аускультация патологически измененных тканей применяется

а) при флегмоне челюстно-лицевой области

б) при гемангиоме

в) при переломе верхней челюсти

г) при переломе нижней челюсти

д) при лимфангиоме

е) при злокачественных опухолях

ж) верно б) и д)

019. Зондирование используется

при следующей патологии челюстно-лицевой области

а) при наличии свищей

б) при наличии резанных и колотых ран

в) при переломах челюстей

г) при заболеваниях слюнных желез

д) при флегмонах челюстно-лицевой области

е) верно а),б),г),ж)

ж) при патологии слезоотводящих путей

020. Бужирование применяется

а) при травматическом остеомиелите нижней челюсти

б) при стенозе выводного протока околоушных желез

в) при неполном свище слюнных желез

г) при стенозе слезоотводящих путей

д) при дакриоцистите

е) при гайморите

ж) при ретенционных кистах нижней губы

з) при радикулярной кисте нижней челюсти

и) верно б),г),д)

к) при гините

021. Для рентгенологического обследования костей челюстно-лицевой области

используются следующие проекции

а) рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях

б) аксиальные и полуаксиальные рентгенограммы

в) все перечисленное выше

г) обследование нижней челюсти

д) обследование височно-нижнечелюстного сустава

е) обследование твердого неба

ж) обследование гайморовой пазухи

з) обследование дна полости рта

022. Панорамной рентгенографией можно различить нижеперечисленные детали

1) капилляры кровеносных сосудов

2) кортикальные пластинки в области периодонтальных щелей

3) межальвеолярные гребни

4) мелкие очаги разрушения и уплотнения костной ткани

а) да

б) нет

023. При обследовании каких органов челюстно-лицевой области

используется томография?

а) височно-нижнечелюстного сустава

б) придаточных пазух носа

в) слюнных желез

г) нижней челюсти

д) костей носа

024. Рентгенокинематография - это

а) рентгенография на расстоянии

б) рентгенография в положении лежа

в) рентгенография движущихся объектов

г) рентгенография сидя

д) рентгенологическое обследование,

при котором источник вводится в полость рта

025. Следующая рентгенологическая методика позволяет тщательно изучить

те отделы черепа, которые из-за особенностей геометрической формы

не могут быть сняты в различных проекциях

а) электрорентгенография

б) ортопантомография

в) рентгенокинематография

г) панорамная рентгенография

д) электрорентгенография

026. Размеры черепа влияют на качество изображения при ортопантомографии

а) да

б) нет

027. Вместо рентгеновской пленки при выполнении электрорентгенографии

используются

а) селеновые пластины

б) графитные пластины

в) белая бумага

г) сажа

028. Виды контрастных веществ

а) жирорастворимые

б) водорастворимые

в) кислоторастворимые

г) щелочнорастворимые

д) верно а) и б)

029. Селективная ангиография - это

а) изучение всего бассейна общей сонной артерии

б) изучение бассейна внутренней сонной артерии

в) изучение бассейна наружной сонной артерии

г) ангиография бассейна нескольких ветвей наружной сонной артерии

д) ангиография бассейна одной ветви наружной сонной артерии

030. Возможно ли выполнение ангиографии без введения контрастных веществ?

а) да

б) нет

031. Ангиография используется

при следующей патологии челюстно-лицевой области

а) при гемангиоме

б) при лимфангиоме

в) при злокачественных опухолях

г) при переломе верхней челюсти

д) при ушибе головного мозга

032. Контрастное исследование височно-нижнечелюстных суставов возможно

а) да

б) нет

033. Газообразные вещества при двойном контрастировании

поднижнечелюстной слюнной железы вводятся

а) в ткань железы

б) под капсулу железы

в) в мышцы дна полости рта

г) в подкожно-жировую клетчатку

д) в проток железы

034. Чем отличаются нижеперечисленные названия?

1) реография

2) реоплатизмография

3) электроплатизмография

4) импедантная платизмография

а) это синонимы

б) названия зависят от приборов, применяемых при реографии

в) название реографии в зависимости от места ее проведения

г) различные виды исследований кровотока

035. Реодентография - это

а) исследование пульпы зуба

б) исследование тканей пародонта

036. С помощью реографии можно оценить эффективность местной анестезии

а) да

б) нет

037. С помощью реографии можно подтвердить или подвергнуть

диагноз повреждения тройничного нерва

а) да

б) нет

038. Метод полярографии позволяет определить

а) напряжение кислорода в тканях

б) напряжение углекислоты в тканях

в) избыток углекислоты в тканях

г) избыток кислорода в тканях

д) нарушение окислительного-восстановительных процессов в тканях

е) верно а) и б)

039. Инвазивной методикой является

а) реография

б) полярография

в) стоматоскопия

г) эхография

040. Виды электромиографии

а) глобальная

б) локальная

в) стимуляционная

г) все вышеперечисленные

041. С помощью стоматоскопии можно установить злокачественность процесса

а) да

б) нет

042. При стоматоскопии используются

а) метиленовая синь

б) раствор Люголя

в) бриллиантовая зелень

г) раствор йода

д) йодонат

043. Скорость ультразвука в костной ткани тела нижней челюсти в норме

а) 3000 см/сек

б) 3200 см/сек

в) 3500 см/сек

г) 4000 см/сек

д) 4500 см/сек

044. Скорость прохождения ультразвука при переломе челюсти

а) увеличивается

б) уменьшается

045. Картина крови регенерационного типа

а) лейкоцитоз, выраженный сдвиг влево

б) лейкопения, выраженный сдвиг влево

в) лейкоцитоз, лейкоцитарная формула изменена

г) эритромия, высокие цифры СОЭ

д) лейкоцитоз, высокие цифры СОЭ

046. Фиброген является специфическим фактором воспаления

а) да

б) нет

047. Удельный вес мочи

а) 1.0001

б) 1.005

в) 1.0020

г) 1.0010

д) 1.0015

048. Методами выбора материала для цитологического исследования являются

а) пункционный

б) аспирационный

в) соскоб

г) мазок, отпечаток

д) все вышеперечисленное

049. Для клинической радиографии костей лицевого черепа

используется изотоп

а) P32

б) Тc105

в) Sc85

г) U131

Раздел 5

УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ И МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

001. Показаниями к удалению зубов являются

а) хронический периодонтит, не подлежащий лечению;

зубы с непроходимыми каналами, острые воспаления

б) гангренозный пульпит, кариес

в) боли в области нижней челюсти

г) травма коронковой части зуба

д) радикулярная киста

002. Местными противопоказаниями к удалению зубов являются

а) безуспешность лечения хронического периодонтита

б) вывих зубов

в) зубы с хорошо проходимыми каналами, гангренозный пульпит

г) острый гнойный воспалительный процесс

одонтогенного происхождения

д) лицевые боли

003. К общим противопоказаниям к удалению зубов относятся

а) острый лейкоз

б) заболевания крови, сердечно-сосудистой системы

в) хронический периодонтит в стадии обострения

г) гипертоническая болезнь легкой степени

д) общая слабость

004. Подготовка больного к операции удаления зубов заключается

а) в предупреждении больного о длительности вмешательства,

медикаментозной подготовке (премедикации), обезболивании

б) в измерении артериального давления

в) в снятии зубного камня

г) в измерении температуры тела

д) в снятии электрокардиограммы

005. Особенности подготовки больного с сердечно-сосудистыми заболеваниями

заключаются

а) в консультации невропатолога

б) в общих и клинических анализах

в) в консультации кардиолога, электрокардиограмме,

премедикации, клинических анализах

г) в психологической подготовке

д) в гемотрансфузии

е) верно в) и д)

006. Особенности подготовки больных с заболеваниями крови

а) консультация гематолога, анализы крови

б) введение за 6 часов до операции викасола

в) проведение гемотрансфузии

г) проведение электрокардиограммы

д) рентгенографическое исследование легких

е) верно а) и в)

007. Особенности подготовки больных с психическими заболеваниями

а) консультация психиатра, коррекция психологического статуса,

премедикация, участие санитара

б) внутривенное введение седативных средств

в) внутримышечное введение аминозина

г) проведение электрокардиограммы

д) консультация психиатра

008. Методика удаления зубов заключается

а) в отделении слизистой десны от шейки зуба,

наложении щипцов на зуб под углом 30-40° к его оси

б) в удалении моляров или премоляров прямыми щипцами

в) в отделении слизистой десны от шейки зуба,

наложении щипцов параллельно оси зуба, тракции, экстракции

г) в наложении щипцов на коронку зуба, без отделения слизистой десны

д) в иссечении десневого края, тракции, экстракции

009. Гемисекция - это

а) удаление коронковой части зуба

с одномоментным пломбированием каналов

б) удаление зуба с последующим установлением на прежнее место

после его предварительной обработки

в) резекция корня

г) расчленение зуба вместе с корнем

д) частичная резекция корня и коронки зуба

010. Оптимальные сроки заживления костной раны после удаления зубов

а) 12-14 дней

б) 1 месяц

в) 7-10 дней

г) 1 год

д) 3-4 месяца

011. К симптомам обморока, возникшего во время удаления зуба, относятся

а) бледность кожных покровов, синюшность лица, сухой язык,

спадение век, учащение дыхания, частый пульс,

снижение артериального давления

б) кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение,

звон в ушах, тошнота, резкое побледнение кожных покровов

в) двигательное и речевое возбуждение, резкая бледность кожи,

расширение зрачков, дыхание поверхностное

г) потеря сознания, вегетативные симптомы, тонические судороги,

прикусывание языка, самопроизвольное мочеиспускание,

галлюцинаторные феномены

д) повышение артериального давления, головокружение, общая слабость,

двоение в глазах

012. Признаками коллапса являются

а) двигательное и речевое возбуждение, запавшие неподвижные глаза,

расширенные зрачки, резкая бледность, поверхностное дыхание,

резкое падение артериального давления

б) бледность кожных покровов, синюшность лица, сухой язык,

учащение дыхания, частый пульс,

умеренное падение артериального давления

в) кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение,

звон в ушах, резкое побледнение кожи, тошнота, иногда рвота

г) повышение артериального давления, частый пульс, общая слабость,

двоение в глазах

д) потеря сознания, вегетативные симптомы, судороги,

прикусывание языка, самопроизвольное мочеиспускание,

галлюцинаторные феномены

013. К наиболее частым причинам кровотечения после удаления зубов

относятся

а) повреждение сосудов

б) гипертоническая болезнь, системные заболевания крови

в) перелом коронки зуба

г) травматическое удаление зубов

д) верно б) и г)

014. К признакам альвеолита относятся

а) воспаление мягких тканей в области лунки

б) кратковременная боль без признаков воспаления

в) боли постоянного характера, воспаление мягких тканей

в области лунки удаленного зуба, зловонный запах изо рта

г) наличие в лунке мелких секвестров

д) "сухая" лунка

015. Рентгенологические признаки остеомиелита лунки

а) остеопороз костных стенок лунки

б) остеосклероз костных стенок лунки

в) сочетание остеопороза и остеосклероза

г) без изменений

д) наличие секвестров в челюсти

016. К методам лечения альвеолита относятся

а) кюретаж лунки

б) кюретаж лунки, промывание антисептиками и рыхлая тампонада

в) тугая тампонада лунки

г) промывание лунки антисептиками и тампонада

д) физиотерапия

017. Наиболее частой локализацией перелома нижней челюсти

при травматичном удалении зуба является

а) альвеолярный отросток

б) тело челюсти

в) мыщелковый отросток

г) угол нижней челюсти

д) верно а) и г)

018. К признакам повреждения дна гайморовой пазухи относятся

а) обильное кровотечение из лунки

б) выраженный болевой синдром

в) безсимптомно

г) обильное кровотечение из лунки,

прохождение воздуха из носа в полость рта, кровотечение из носа

д) кровотечение из носа

019. Тактика при попадании корня в гайморовую пазуху

а) лечение не проводить

б) пластика соустья местными тканями без удаления корня

в) радикальная гайморотомия,

ревизия гайморовой пазухи с пластикой соустья в условиях стационара

г) гайморотомия в поликлинике

д) удаление корня через лунку

020. Первая помощь при вывихе нижней челюсти во время удаления зуба

а) наложение пращевидной повязки

б) вправление вывиха, наложение пращевидной повязки

в) вправление вывиха

г) обезболивание, наложение пращевидной повязки

д) направить больного в стационар

021. Реплантация зубов - это

а) введение в кость имплантата

б) пересадка одного зуба в лунку другого

в) увеличение высоты альвеолярного отростка

г) изменение положения дистопированного зуба

д) удаление зуба, его обработка, пломбирование,

введение в лунку и фиксация

022. Наиболее эффективными физиотерапевтическими методами

при альвеолите являются

а) УВЧ

б) электрофорез

в) УФО

г) лазерная терапия

д) дарсанвализация

е) верно в) и г)

023. К показаниям к общему обезболиванию при удалении зуба относятся

а) беременность

б) непереносимость местных анестетиков

в) настоятельная просьба больного

г) зуб в линии перелома челюсти

д) обширный инфаркт миокарда

024. При удалении моляров на верхней челюсти необходима

а) инфильтрационная анестезия

б) небная проводниковая анестезия

в) резцовая инфильтрационная анестезия

г) туберальная анестезия

д) туберальная, небная, инфильтрационная анестезии

Раздел 6

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ

НЕРВОВ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ

001. Прозопалгия - это

а) другое название невралгии

б) боли, обусловленные поражением вегетативной системы

в) собирательное понятие

002. С V нервом связано

а) 3 вегетативных узла

б) 4 вегетативных узла

в) 5 вегетативных узлов

003. V нерв связан с VII

а) через малый каменистый нерв

б) через большой каменистый нерв

в) через носо-небный нерв

004. V нерв связан с IX

а) через подчелюстной вегетативный узел

б) через барабанный нерв

в) через подъязычный нерв

005. Двигательные волокна в V нерве

а) сопровождают каждую ветвь

б) отходят от круглого отверстия

в) отходят от овального отверстия

006. Точки Валле -

а) участки кожи с повышенной чувствительностью

б) место выхода нерва на поверхность лицевых костей

в) место, соответствующее расположению вегетативных узлов

007. Курковые зоны находятся

а) на конечном этапе разветвления нерва

б) курковые зоны не обязательно совпадают с зонами иррадиации боли

в) в точках Валле

008. Основным симптомом неврита тройничного нерва является

а) симптом Венсана

б) длительные парастезии

в) длительные ноющие боли

г) кратковременные парастезии

д) сильные кратковременные приступообразные боли

009. Основным симптомом невралгии тройничного нерва является

а) симптом Венсана

б) длительные парастезии

в) длительные ноющие боли

г) кратковременные парастезии

д) сильные кратковременные приступообразные боли

010. Боли при невралгии I ветви тройничного нерва распространяются

а) в нижней трети

б) в средней трети

в) по всему лицу

г) в верхней трети лица

д) в затылочной области

011. Боли при невралгии II ветви тройничного нерва распространяются

а) в нижней трети

б) в средней трети

в) по всему лицу

г) в верхней трети лица

д) в затылочной области

012. Боли при невралгии III ветви тройничного нерва распространяются

а) в нижней трети

б) в средней трети

в) по всему лицу

г) в затылочной области

д) в верхней трети лица

013. Триггерными (курковыми) зонами называются участки

а) парастезии

б) гипостезии

в) гиперстезии

г) раздражение которых провоцирует приступ боли

014. Основным методом лечения неврита тройничного нерва является

а) физиотерапия

б) химиотерапия

в) хирургический

г) алкоголизация

д) лучевая терапия

е) комбинированный

015. Клиническая картина невралгии тройничного нерва характеризуется

а) приступообразными ночными болями длительностью 15-30 минут,

иррадиирующими в ухо, висок

б) продолжительной, варьирующей по интенсивности болью,

усиливающейся при давлении по ходу нерва

в) тупыми длительными болями с чувством давления

и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа

г) продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо,

хрустом в височно-нижнечелюстном суставе

д) кратковременными интенсивными болями,

возникающими от случайных раздражений

без нарушений чувствительности

016. Клиническая картина неврита тройничного нерва характеризуется

а) приступообразными ночными болями длительностью 15-30 минут,

иррадиирующими в ухо, висок

б) продолжительной, варьирующей по интенсивности болью,

усиливающейся при давлении по ходу нерва

в) тупыми длительными болями с чувством давления

и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа

г) продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо,

хрустом в височно-нижнечелюстном суставе

д) кратковременными интенсивными болями,

возникающими от случайных раздражений

без нарушений чувствительности

017. Больных, с подозрением на неврит или невралгию тройничного нерва,

необходимо проконсультировать

а) у окулиста

б) у терапевта

в) у нейрохирурга

г) у невропатолога

д) у оториноляринголога

018. Лечение больных с невралгией тройничного нерва начинают

а) с невротомии

б) с трактотомии

в) с введения спирта

г) с блокад анестетиком

д) с противосудорожных средств

019. Спирт при лечении больных с невралгией тройничного нерва вводится

а) параневрально

б) в курковую зону

в) по типу инфильтрационной анестезии

г) поднадкостнично в зону болезненности

020. Алкоголизацию при невралгии тройничного нерва

целесообразно применять

а) наряду с блокадами анестетиков

б) при впервые диагностированном состоянии

в) после безуспешной консервативной терапии

г) до лечения противосудорожными препаратами

021. Алкоголизацию при невралгии тройничного нерва

проводят раствором спирта в концентрации

а) 20%

б) 40%

в) 50%

г) 60%

д) 80%

е) 96%

022. Из полости черепа I ветвь тройничного нерва выходит из отверстия

а) остистого

б) овального

в) затылочного

г) подбородочного

д) верхней глазничной щели

023. Из полости черепа II ветвь тройничного нерва выходит из отверстия

а) круглого

б) овального

в) затылочного

г) подбородочного

д) верхней глазничной щели

024. Из полости черепа III ветвь тройничного нерва выходит из отверстия

а) круглого

б) овального

в) затылочного

г) подбородочного

д) верхней глазничной щели

025. Место выхода на коже чувствительных волокон

верхней ветви тройничного нерва определяется в области

а) резцового канала

б) мыщелкового отростка

в) надглазничной вырезки

г) подбородочного отверстия

д) подглазничного отверстия

026. Место выхода на коже чувствительных волокон средней ветви

тройничного нерва определяется в области

а) резцового канала

б) мыщелкового отростка

в) надглазничной вырезки

г) подбородочного отверстия

д) подглазничного отверстия

027. Место выхода на коже чувствительных волокон нижней ветви

тройничного нерва определяется в области

а) резцового канала

б) мыщелкового отростка

в) надглазничной вырезки

г) подбородочного отверстия

д) подглазничного отверстия

028. Характерный симптом при невралгии тройничного нерва

а) тахикардия

б) слезотечение

в) иррадиация болей

г) болезненность точек Валле

д) болезненность паравертебральных точек

029. Оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва

а) невротомия

б) остеотомия

в) редрессация

г) гайморотомия

д) экзартикуляция

030. Оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва

а) остеотомия

б) неврэкзерез

в) редрессация

г) гайморотомия

д) экзартикуляция

031. Оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва

а) остеотомия

б) редрессация

в) трактотомия

г) гайморотомия

д) экзартикуляция

032. Чаще поражаются при невралгии

а) II и III ветви

б) I и II ветви

в) изолированно одна ветвь

033. При невралгии в нерве бывают следующие структурные изменения

а) нарушения в стволе

б) в периневрии

в) нерв интактный

034. Боли при невралгии

а) краткие с иррадиацией,

сопровождающиеся вегетативными расстройствами

б) длительные, мучительные, вызывающие тошноту

в) постоянные, ноющие, сопровождающиеся парастезиями

035. Невралгии Вайзенберга -

а) поражение крылонебного узла

б) невралгия носоресничного нерва

в) невралгия языкоглоточного нерва

036. Невралгия Слудера -

а) невралгия подчелюстного узла

б) невралгия крылонебного узла

в) невралгия ушного узла

037. Глоссодиния -

а) устаревшее название глоссоалгии

б) собирательное понятие болей языка

в) самостоятельное заболевание

038. Гипергейзия -

а) клиническое подергивание мускулатуры

б) повышенная кожная чувствительность

в) извращение вкусовых ощущений

039. Гипаркинозы возникают

а) перед и во время приступа

б) тотчас после приступа

в) в промежутки между приступами

040. Для периартеритов характерно следующее

а) спазм сосудов на фоне гипертонической болезни

б) деструктивные изменения стенки сосудов

в) спазм сосудов на фоне гипотонии

041. Для диагностики невралгии языко-глоточного нерва необходимо применять

а) сделать мандибулярную анестезию

б) блокаду подчелюстного узла

в) смазать глотку дикаином

042. Наиболее выражены вегетативные нарушения

со стороны слюнных и слезных желез

а) при невралгии I-II ветви

б) при невралгии Слудера

в) при периартритах

043. Точки Троше находятся

а) у бифуркации сонных артерий

б) у остистых отростков позвонков

в) позади суставных головок нижней челюсти

044. Наиболее целесообразным видом физиотерапии

при длительно существующей форме невралгии являются

а) микроволны

б) ионофорез с новокаином

в) ультразвук

045. Эндоназальный ионофорез наиболее эффективен

а) при невралгии носо-ресничного корня

б) при невралгии крылонебного узла

в) при невралгии II ветви V нерва

046. Пальпация верхне-бокового отдела стенки глотки болезненна

а) при невралгии языко-глоточного нерва

б) при синдроме крылонебного узла

в) при мегастелоиде

047. Чаще всего к глоссодинии приводит

а) гипертония II-III степени

б) гепатопанкреатиты

в) воспаление оболочек мозга

048. Начинать лечение невралгии следует

а) с назначения седативных препаратов

б) с диагностических блокад

в) с физиотерапевтических процедур

049. Предпочтительным методом

при безуспешности консервативного лечения невралгии является

а) алкоголизация

б) гидротермодеструкция

в) введение пчелиного яда без новокаина

050. При лечении невралгии,

осложнившейся после инъекции к стволу нерва невритом,

более эффективно

а) мази вирапин, финалгон

б) введение гидрокортизона по 25 мг к нерву

в) витамины B12 в дозе 200 мг к нерву

г) верно б) и в)

051. Какой препарат вводят к нарастающей дозе для лечения невралгии?

а) гидрокортизон

б) финлепсин

в) випраксин

052. К заболеванию невритом II-III ветви чаще приводит

а) сужение выводных костных отверстий

б) охлаждение

в) опухоли придаточных пазух

053. Для лечения невралгии более эффективны

а) анальгетики

б) нейроплегические - аминазин, трифтазин

в) противосудорожные – карбамазепин

Раздел 7

ТРАВМАТОЛОГИЯ С ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ СТОМАТОЛОГИЕЙ

001. Основным симптомом перелома верхней челюсти является

а) головная боль

б) носовое кровотечение

в) патологическая подвижность нижней челюсти

г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

д) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

002. Основным симптомом перелома нижней челюсти является

а) головная боль

б) носовое кровотечение

в) патологическая подвижность нижней челюсти

г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

д) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

003. Основные жалобы при переломе верхней челюсти

а) боль, сухость во рту, кровоподтеки

б) нарушение прикуса, боль, припухлость

в) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

004. Основные жалобы при переломе нижней челюсти

а) боль, сухость во рту, кровоподтеки

б) нарушение прикуса, боль, припухлость

в) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

005. Синоним перелома верхней челюсти по Фор I

а) суббазальный

б) суборбитальный

в) отрыв альвеолярного отростка

006. Синоним перелома верхней челюсти по Фор II

а) суббазальный

б) суборбитальный

в) отрыв альвеолярного отростка

007. Синоним перелома верхней челюсти по Фор III

а) суббазальный

б) суборбитальный

в) отрыв альвеолярного отростка

008. Ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

а) дуга Энгля

б) остеосинтез

в) аппарат Збаржа

г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

009. Хирургическо-ортопедические методы иммобилизации

переломов верхней челюсти

а) дуга Энгля

б) остеосинтез

в) метод Адамса

г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

010. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

а) дуга Энгля

б) метод Адамса

в) остеосинтез по Макиенко

г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

011. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

а) дуга Энгля

б) метод Адамса

в) лобно-челюстной остеосинтез

г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

012. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

а) дуга Энгля

б) метод Адамса

в) остеосинтез минипластинами

г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

013. Дополнительные методы исследования

для диагностики переломов верхней челюсти

а) ЭОД

б) биопсия

в) рентгенография

г) радиоизотопное

д) цитологическое

014. Под действием тяги жевательных мышц смещение верхней челюсти

при суборбитальном переломе происходит

а) книзу и кзади

б) кверху и вперед

в) медиально и вперед

г) латерально и кверху

015. Под действием тяги жевательных мышц смещение нижней челюсти

при ангулярном переломе происходит

а) книзу и кзади

б) кверху и вперед

в) медиально и вперед

г) латерально и кверху

016. Под действием тяги жевательных мышц смещение нижней челюсти

при двухстороннем ангулярном переломе происходит

а) книзу и кзади

б) кверху и вперед

в) медиально и вперед

г) латерально и кверху

017. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о переломе

а) нижней челюсти

б) суббазальном верхней челюсти

в) суборбитальном верхней челюсти

г) альвеолярного отростка верхней челюсти

018. Перелом костей основания черепа как правило происходит

а) при отрыве альвеолярного отростка

б) при суббазальном переломе верхней челюсти

в) при суборбитальном переломе верхней челюсти

019. Нарушение функций черепно-мозговых нервов как правило происходит

а) при отрыве альвеолярного отростка

б) при суббазальном переломе верхней челюсти

в) при суборбитальном переломе верхней челюсти

020. Обязательным симптомом перелома основания черепа является

а) ликворея

б) кровотечение из носа

в) патологическая подвижность нижней челюсти

г) патологическая подвижность верхней челюсти

д) кровотечение из наружного слухового прохода

021. О наличии ликвореи при кровотечении из носа

или наружного слухового прохода свидетельствует

а) симптом Малевича

б) положительная реакция Вассермана

в) положительный тест двойного пятна

г) снижение количества альбуминов в крови

д) наличие крепитации в области сосцевидных отростков

022. Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти

определяется давлением

а) на скуловые кости снизу вверх

б) на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх

в) на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх

г) на крючок крыловидного отростка снизу вверх

023. Симптом нагрузки при переломах нижней челюсти определяется давлением

а) на скуловые кости снизу вверх

б) на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх

в) на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх

г) на крючок крыловидного отростка снизу вверх

024. Осложнения воспалительного характера при переломах челюстей

а) периостит

б) фурункулез

в) рожистое воспаление

г) нагноение костной раны

025. Мышца, опускающая нижнюю челюсть

а) двубрюшная

б) круговая рта

в) поднимающая угол рта

г) собственно жевательная

д) грудино-ключично-сосцевидная

026. Мышца, опускающая нижнюю челюсть

а) круговая рта

б) поднимающая угол рта

в) челюстно-подъязычная

г) собственно жевательная

д) грудино-ключично-сосцевидная

027. Мышца, опускающая нижнюю челюсть

а) круговая рта

б) поднимающая угол рта

в) собственно жевательная

г) подбородочно-подъязычная

д) грудино-ключично-сосцевидная

028. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть

а) круговая рта

б) поднимающая угол рта

в) собственно жевательная

г) подбородочно-подъязычная

д) грудино-ключично-сосцевидная

029. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть

а) височная

б) круговая рта

в) поднимающая угол рта

г) подбородочно-подъязычная

д) грудино-ключично-сосцевидная

030. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть

а) круговая рта

б) поднимающая угол рта

в) наружная крыловидная

г) подбородочно-подъязычная

д) грудино-ключично-сосцевидная

031. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть

а) круговая рта

б) поднимающая угол рта

в) внутренняя крыловидная

г) подбородочно-подъязычная

д) грудино-ключично-сосцевидная

032. Характерный симптом при одностороннем переломе

мыщелкового отростка нижней челюсти

а) открытый прикус

б) кровотечение из носа

в) разрыв слизистой альвеолярного отростка

г) изменение прикуса моляров со стороны перелома

д) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

033. Характерный симптом при двухстороннем переломе

мыщелкового отростка нижней челюсти

а) открытый прикус

б) кровотечение из носа

в) разрыв слизистой альвеолярного отростка

г) изменение прикуса моляров со стороны перелома

д) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

034. При двухстороннем переломе нижней челюсти в области клыков

смещение фрагмента происходит

а) книзу

б) кверху

в) медиально

г) латерально

035. Для фиксации фрагментов нижней челюсти

используются внеротовые аппараты

а) шина Порта

б) аппарат Збаржа

в) аппарат Рудько

036. Остеосинтез по Макиенко проводится

а) спицей

б) минипластинами

в) стальной проволокой

г) бронзо-алюминиевой лигатурой

д) компрессионно-дистракционным аппаратом

037. После наложения бимаксиллярных шин с зацепными петлями

резиновые кольца (тягу) меняют

а) ежедневно

б) ежемесячно

в) еженедельно

г) 3 раза в месяц

д) 2 раза в неделю

038. Диета пациентов с переломами челюстей

а) трубочная (1)

б) трубочная (15)

в) общий стол (15)

г) хирургическая (1)

д) высококалорийная

039. Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина

а) Порта

б) Ванкевича

в) Тигерштедта

040. Для иммобилизации переломов при беззубой верхней челюсти

применяется шина

а) Порта

б) Ванкевича

в) Тигерштедта

041. Минипластины для остеосинтеза переломов челюстей изготавливаются

а) из стали

б) из бронзы

в) из титана

г) из алюминия

042. Минипластины к отломкам челюстей фиксируют

а) спицей

б) шурупами

в) проволочной лигатурой

043. Позднее осложнение воспалительного характера при переломах челюстей

а) периостит

б) фурункулез

в) рожистое воспаление

г) травматический остеомиелит

044. Метод физиотерапии, направленный на ускорение консолидации отломков

в первые дни после перелома челюсти

а) массаж

б) парафинотерапия

в) электрофорез с лидазой

г) ультрафонофорез с метилурацилом

045. Основной симптом перелома костей носа

а) деформация носа, гематома

б) подкожная эмфизема, кровотечение

в) затруднение носового дыхания, гематома

г) патологическая подвижность костей носа, деформация

д) деформация носа, кровотечение из носовых ходов

046. Репозиция костей носа при западении отломков производится

а) носовым зеркалом

б) крючком Лимберга

в) прямым элеватором

г) элеватором Волкова

д) элеватором Карапетяна

047. Репозиция костей носа при смещении отломков производится кнаружи

а) мануально

б) крючком Лимберга

в) прямым элеватором

г) элеватором Волкова

д) элеватором Карапетяна

048. Метод фиксации при переломах костей носа

а) остеосинтез

б) наложение пращевидной повязки

в) тампонада носовых ходов

г) наружная повязка из гипса или коллодия

д) тампонада носовых ходов и наружная повязка из гипса или коллодия

049. Основные симптомы перелома скуловой кости

а) деформация носа, гематома

б) гематома скуловой области

в) кровоизлияние в нижнее веко

г) кровотечение из носа, головокружение

д) уплощение скуловой области, диплопия

050. Основные симптомы перелома скуловой кости

а) гематома скуловой области

б) деформация носа, гематома

в) симптом "ступени", диплопия

г) кровоизлияние в нижнее веко

д) кровотечение из носа, головокружение

051. Основные симптомы перелома скуловой кости

а) гематома скуловой области

б) деформация носа, гематома

в) кровоизлияние в нижнее веко

г) кровотечение из носа, головокружение

д) симптом "ступени", затрудненное открывание рта

052. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости

а) гематома

б) смещение отломков

в) воспалительная реакция

г) травма жевательных мышц

д) артрит височно-нижнечелюстного сустава

053. Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости

а) травма глазного яблока

б) воспалительная реакция

в) смещение глазного яблока

г) травма зрительного нерва

д) интраорбитальная гематома

054. Для реопозиции скуловой кости при ее переломе применяют

а) шпатель

б) распатор

в) зажим Кохера

г) крючок Фарабефа

д) крючок Лимберга

055. Для реопозиции скуловой кости при ее переломе применяют

а) шпатель

б) распатор

в) зажим Кохера

г) крючок Фарабефа

д) крючок Карапетяна

056. Доступ для репозиции скуловой кости элеватором Карапетяна

а) внеротовой

б) внутриротовой

057. Доступ для репозиции скуловой кости крючком Лимберга

а) внеротовой

б) внутриротовой

058. Позднее осложнение переломов скуловой кости,

костей носа и скуловой дуги

а) птоз

б) гипосаливация

в) телеангиоэктазии

г) парез ветвей лицевого нерва

д) вторичные деформации лицевого скелета

059. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости

со смещением ее в верхнечелюстную пазуху

а) радикальная гайморотомия

б) остеотомия верхней челюсти

в) гайморотомия с репозицией отломков

г) радикальная гайморотомия с репозицией отломков

060. После репозиции фиксация скуловой кости

при ее переломе со смещением в верхнечелюстную пазуху осуществляется

а) наружными швами

б) коллодийной повязкой

в) пластмассовым вкладышем

г) тампоном, пропитанным йодоформом

061. После фиксации скуловой кости йодоформным тампоном

конец его выводится через отверстие

а) в скуловой области

б) по переходной складке

в) в области бугра верхней челюсти

г) в области нижнего носового хода

062. Через год после перелома деформацию костей носа устраняют

а) мануальным вправлением

б) остеотомией костей носа

в) тампонадой с одномоментным наложением повязки из коллодия

063. Через год после перелома деформацию костей носа устраняют

а) контурной пластикой

б) мануальным вправлением

в) тампонадой с одномоментным наложением повязки из коллодия

064. Затруднения открывания рта при переломе скуловой кости

обусловлено травмой мышц

а) височной

б) жевательной

в) крыловидных

065. Способ устранения деформации скуловой области

без функциональных нарушений

после застарелого перелома скуловой кости

а) контурная пластика

б) остеотомия скуловой кости

в) радикальная гайморотомия с репозицией отломков

066. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области

является

а) ОРВЗ

б) асфиксия

в) пародонтит

г) потеря сознания

д) неврит лицевого нерва

067. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области

является

а) ОРВЗ

б) пародонтит

в) кровотечение

г) потеря сознания

д) неврит лицевого нерва

068. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области

является

а) шок

б) ОРВЗ

в) пародонтит

г) потеря сознания

д) неврит лицевого нерва

069. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области

является

а) ОРВЗ

б) коллапс

в) пародонтит

г) потеря сознания

д) неврит лицевого нерва

070. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

а) ОРВЗ

б) асфиксия

в) травматический остеомиелит

071. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

а) ОРВЗ

б) диплопия

в) асфиксия

072. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

а) ОРВЗ

б) асфиксия

в) слюнные свищи

073. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

а) ОРВЗ

б) асфиксия

в) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

074. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

а) ОРВЗ

б) асфиксия

в) рубцовая контрактура

075. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

а) ОРВЗ

б) асфиксия

в) ложный сустав

076. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

а) ОРВЗ

б) асфиксия

в) травматический гайморит

077. Непосредственным поздним осложнением

ранения челюстно-лицевой области является

а) ОРВЗ

б) пародонтит

в) потеря сознания

г) парез лицевого нерва

д) вторичное кровотечение

078. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей

а) течением раневого процесса

б) быстрым развитием осложнений

в) сроками эпителизации раны

г) несоответствием внешнего вида раненого с его жизнеспособностью

079. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей

а) течением раневого процесса

б) сроками эпителизации раны

в) быстрым развитием осложнений

г) наличием в ране вторичных ранящих снарядов

080. Вторичным ранящими снарядами называются

а) разрывные пули

б) осколки снаряда

в) стреловидные элементы

г) зона некротических изменений костной ткани

д) зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

081. Особенности первичной хирургической обработки ран

челюстно-лицевой области заключаются

а) в антисептической обработке, наложении швов и повязки

б) в остановке кровотечения, антисептической обработке,

наложении швов и повязки

в) в иссечении некротически измененных тканей,

удалении кровяных сгустков, дренировании раны

г) в антисептической обработке,

в иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя

д) экономном иссечении тканей в области раны,

использовании первичной пластики, обшивании раны

(подшивание слизистой оболочки к коже)

082. Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица

проводится с момента ранения в течение

а) первого часа

б) 8-12 часов

в) 24 часов

г) 48 часов

д) 72 часов

083. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица

проводится с момента ранения в течение

а) первого часа

б) 8-12 часов

в) 24-48 часов

г) 3-х суток

д) 8 суток

084. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя

а) 8-12 часов

б) 24 часа

в) 48 часов

г) 8 суток

085. Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают

а) на 4-5 сутки

б) на 6-7 сутки

в) на 7-8 сутки

г) на 8-9 сутки

086. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают

а) на 4-5 сутки

б) на 8-9 сутки

в) после эпителизации раны

г) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

087. Поздний вторичный шов при ранениях лица накладывают

а) на 4-5 сутки

б) после эпителизации раны

в) с началом формирования рубца

г) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

088. Вторичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области

проводят

а) при эпителизации раны

б) при отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций

в) при медленном отторжении некротизированных тканей,

длительном течении раневого процесса

089. Обязательным мероприятием при проведении

первичной хирургической обработки ран лица является введение

а) гамма-глобулина

б) антирабической сыворотки

в) стафилококкового анатоксина

г) противостолбнячной сыворотки

090. БМП - это

а) медицинский пункт полка

б) база медицинской поддержки

в) батальонный медицинский пункт

г) отдельный медицинской батальон

д) полевой подвижной хирургический госпиталь

е) специализированный хирургический подвижной госпиталь

091. МПП - это

а) медицинский пункт полка

б) база медицинской поддержки

в) батальонный медицинский пункт

г) отдельный медицинской батальон

д) полевой подвижной хирургический госпиталь

е) специализированный хирургический подвижной госпиталь

092. ОМедБ - это

а) медицинский пункт полка

б) основная медицинская база

в) батальонный медицинский пункт

г) отдельный медицинской батальон

д) полевой подвижной хирургический госпиталь

е) специализированный хирургический подвижной госпиталь

093. ППХГ - это

а) медицинский пункт полка

б) батальонный медицинский пункт

в) отдельный медицинской батальон

г) специализированный хирургический подвижной полевой госпиталь

д) полевой подвижной хирургический госпиталь

е) специализированный хирургический подвижной госпиталь

094. СХППГ - это

а) медицинский пункт полка

б) батальонный медицинский пункт

в) отдельный медицинской батальон

г) полевой подвижной хирургический госпиталь

д) специализированный хирургический подвижной полевой госпиталь

е) специализированный полевой подвижной химический гарнизон

095. Мероприятия при переломах челюстей на БМП

а) остеосинтез

б) наложение гладкой шины скобы

в) наложение бимаксиллярных шин

г) межчелюстное связывание по Айви

д) временная (транспортная) иммобилизация

096. Мероприятия при переломах челюстей на ОМедБ включают в себя

а) наложение бимаксиллярных шин

б) временную (транспортную) иммобилизацию

в) наложение компрессионно-дистракционного аппарата

г) наложение гладкой шины скобы

д) остеосинтез

097. Основная задача первой врачебной помощи на МПП

раненым в челюстно-лицевую область

а) коррекция сердечно-сосудистой системы

б) кормление раненых, подготовка к эвакуации

в) устранение недостатков доврачебной медицинской помощи,

борьба с шоком, асфиксией, кровотечением

098. Основная задача квалифицированной помощи в ОМедБ

раненым в челюстно-лицевую область

а) коррекция сердечно-сосудистой системы

б) кормление раненых, подготовка к эвакуации

в) устранение недостатков доврачебной медицинской помощи,

борьба с шоком, асфиксией, кровотечением

099. Объем помощи на МПП раненым с переломами челюстей

а) остеосинтез

б) транспортная иммобилизация

в) наложение бимаксиллярных шин

100. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

а) соматически больных

б) с сочетанной травмой

в) при продолжающемся кровотечении

г) с острым двухсторонним паротитом

д) при подозрении на острую лучевую болезнь

101. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

а) при угрозе асфиксии

б) соматически больных

в) с сочетанной травмой

г) с острым двухсторонним паротитом

д) при подозрении на острую лучевую болезнь

102. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

а) соматически больных

б) с сочетанной травмой

в) временно не транспортабельных

г) с острым двухсторонним паротитом

д) при подозрении на острую лучевую болезнь

103. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

а) агонирующих

б) соматически больных

в) с сочетанной травмой

г) с острым двухсторонним паротитом

д) при подозрении на острую лучевую болезнь

104. Объем помощи в СХППГ раненым с переломами челюстей

а) временная иммобилизация

б) оперативные методы иммобилизации

в) консервативные методы иммобилизации

г) все виды консервативных и оперативных методов лечения

105. Сроки лечения в СХППГ раненых в челюстно-лицевую область

а) 7 дней

б) 15 дней

в) 30-90 суток

г) 6 месяцев

д) один год

106. Для длительного лечения раненые в лицо из СХППГ направляются

а) в МПП

б) в ОМедБ

в) в госпитальную тыловую базу

г) в госпиталь для легкораненых

107. Сроки лечения легкораненых в ОМедБ

а) 5-7 дней

б) 7-14 дней

в) до 1 месяца

г) 30-90 суток

д) один год

108. Из МПП не эвакуируют раненых

а) соматически больных

б) с сочетанной травмой

в) временно не транспортабельных

г) с острым двухсторонним паротитом

д) при подозрении на острую лучевую болезнь

109. Из МПП не эвакуируют раненых

а) агонирующих

б) соматически больных

в) с сочетанной травмой

г) с острым двухсторонним паротитом

д) при подозрении на острую лучевую болезнь

110. Из МПП не эвакуируют раненых

а) при угрозе асфиксии

б) соматически больных

в) с сочетанной травмой

г) с острым двухсторонним паротитом

д) при подозрении на острую лучевую болезнь

111. Из МПП не эвакуируют раненых

а) соматически больных

б) с сочетанной травмой

в) при продолжающемся кровотечении

г) с острым двухсторонним паротитом

д) при подозрении на острую лучевую болезнь

112. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

а) соматически больных

б) с сочетанной травмой

в) не выведенных из шока

г) с острым двухсторонним паротитом

д) при подозрении на острую лучевую болезнь

113. Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает

а) врач

б) санитарный инструктор

в) эпидемиологическая служба

г) служба медицинской разведки полка

114. Первая медицинская помощь на поле боя оказывается

а) врачом

б) эпидемиологической службой

в) службой медицинской разведки полка

г) в порядке самопомощи и взаимопомощи

115. Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает

а) врач

б) санитар

в) эпидемиологическая служба

г) служба медицинской разведки полка

116. Основная задача доврачебной медицинской помощи

раненым в челюстно-лицевую область

а) напоить раненого

б) наложить повязку

в) перенести в укрытие

г) оформить медицинскую карточку

д) временная остановка кровотечения

117. Основная задача доврачебной медицинской помощи

раненым в челюстно-лицевую область

а) напоить раненого

б) наложить повязку

в) перенести в укрытие

г) устранить угрозу асфиксии

д) временная остановка кровотечения

118. Основная задача доврачебной медицинской помощи

раненым в челюстно-лицевую область

а) напоить раненого

б) наложить повязку

в) перенести в укрытие

г) противошоковые мероприятия

д) оформить медицинскую карточку

119. Первую доврачебную медицинскую помощь

раненым в челюстно-лицевую область оказывают

а) в сортировочном пункте

б) в медицинском пункте полка

в) в медицинском пункте батальона

г) в отдельном медицинском батальоне

д) в полевом подвижном специализированном госпитале

120. Первую врачебную медицинскую помощь

раненым в челюстно-лицевую область оказывают

а) в сортировочном пункте

б) в медицинском пункте полка

в) в медицинском пункте батальона

г) в отдельном медицинском батальоне

д) в полевом подвижном специализированном госпитале

121. Объем медицинских мероприятий раненым в челюстно-лицевую область

на МПП при массовом поступлении

а) сортировка раненых, подготовка к эвакуации

б) сортировка раненых, подготовка к эвакуации, кормление

в) временная остановка кровотечения, устранение угрозы шока,

асфиксии, подготовка к эвакуации

122. Объем медицинских мероприятий раненым в челюстно-лицевую область

в ОМедБ при массовом поступлении

а) подготовка к эвакуации, кормление

б) первичная хирургическая обработка ран,

окончательная иммобилизация, сортировка

в) окончательная остановка кровотечения, сортировка раненых,

борьба с шоком, эвакуация

123. Первичная хирургическая обработка ран лица

по возможности должна быть

а) частичной и ранней

б) ранней и окончательной

в) своевременной и частичной

124. Первый этап медицинской эвакуации, где находится врач-стоматолог

а) сортировочный пункт

б) медицинский пункт полка

в) отдельный медицинский батальон

г) отделение специализированного госпиталя

д) полевой подвижной специализированный госпиталь

125. Этап медицинской эвакуации,

где впервые оказывают квалифицированную помощь

а) сортировочный пункт

б) медицинский пункт полка

в) отдельный медицинский батальон

г) отделение специализированного госпиталя

д) полевой подвижной специализированный госпиталь

126. Этап медицинской эвакуации,

где впервые оказывают специализированную помощь

а) сортировочный пункт

б) медицинский пункт полка

в) батальонный медицинский пункт

г) отдельный медицинский батальон

д) полевой подвижной специализированный госпиталь

127. Этап медицинской эвакуации,

где впервые оказывают специализированную помощь

а) сортировочный пункт

б) медицинский пункт полка

в) батальонный медицинский пункт

г) отдельный медицинский батальон

д) отделение специализированного госпиталя

128. Временная (транспортная) иммобилизация

при переломах челюстей осуществляется

а) в сортировочном пункте

б) в медицинском пункте полка

в) в батальонном медицинском пункте

г) в отдельном медицинском батальоне

д) в отделении специализированного госпиталя

129. Временная (транспортная) иммобилизация

при переломах челюстей осуществляется

а) в сортировочном пункте

б) в медицинском пункте полка

в) в госпитальной тыловой базе

г) в отдельном медицинском батальоне

д) в отделении специализированного госпиталя

130. Методы временной иммобилизации

при переломах челюстей на этапах эвакуации до госпитального эшелона

а) костный шов

б) назубные шины

в) стандартные повязки

г) компрессионно-дистракционный аппарат

130. Методы временной иммобилизации

при переломах челюстей на этапах эвакуации до госпитального эшелона

а) костный шов

б) назубные шины

в) импровизированные повязки

г) компрессионно-дистракционный аппарат

132. Стандартные повязки при переломах челюстей

для транспортной иммобилизации

а) круговая повязка

б) шапочка Гиппократа

в) повязка Померанцевой - Урбанской

г) компрессионно-дистракционный аппарат

д) круговая темено-подбородочная повязка

133. Стандартные повязки при переломах челюстей

для транспортной иммобилизации

а) аппарат Збаржа

б) круговая повязка

в) шапочка Гиппократа

г) компрессионно-дистракционный аппарат

д) круговая темено-подбородочная повязка

134. Импровизированные повязки при переломах челюстей

для транспортной иммобилизации

а) аппарат Збаржа

б) шапочка Гиппократа

в) круговая лобно-затылочная повязка

г) компрессионно-дистракционный аппарат

д) круговая темено-подбородочная повязка

135. Импровизированные повязки при переломах челюстей

для транспортной иммобилизации

а) аппарат Збаржа

б) шапочка Гиппократа

в) пращевидная повязка

г) круговая лобно-затылочная повязка

д) компрессионно-дистракционный аппарат

136. Транспортная иммобилизация накладывается на срок

а) 3-5 дней или до наложения постоянной иммобилизации

б) 7 дней

в) 2 недели

г) 6 недель

137. Этап медицинской эвакуации,

где проводят постоянную иммобилизацию при переломах челюстей

а) сортировочный пункт

б) медицинский пункт полка

в) батальонный медицинский пункт

г) отдельный медицинский батальон

д) полевой подвижной специализированный госпиталь

138. Этап медицинской эвакуации,

где завершают лечение осложненных переломов челюстей

а) эвакогоспиталь

б) сортировочный пункт

в) медицинский пункт полка

г) батальонный медицинский пункт

д) отделение специализированного госпиталя

139. Этап медицинской эвакуации,

где завершают лечение неосложненных переломов челюстей

а) эвакогоспиталь

б) сортировочный пункт

в) медицинский пункт полка

г) батальонный медицинский пункт

д) отделение специализированного госпиталя

140. Ортопедический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти,

проводимый в СХППГ -

а) дуга Энгля

б) остеосинтез

в) аппарат Збаржа

г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

141. Хирургическо-ортопедический метод иммобилизации

при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

а) Адамса

б) дуга Энгля

в) остеосинтез

г) аппарат Збаржа

д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

142. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти,

проводимый в СХППГ

а) Адамса

б) дуга Энгля

в) аппарат Збаржа

г) лобно-челюстной остеосинтез

д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

143. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти,

проводимый в СХППГ

а) Адамса

б) дуга Энгля

в) аппарат Збаржа

г) остеосинтез по Макиенко

д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

144. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти,

проводимый в СХППГ

а) Адамса

б) дуга Энгля

в) аппарат Збаржа

г) остеосинтез минипластинами

д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

145. Шина для внутриротовой иммобилизации

при переломах беззубых челюстей, используемая в СХППГ

а) Порта

б) Ванкевича

в) Тигерштедта

146. Шина для внутриротовой иммобилизации перелома нижней челюсти

при беззубой верхней, используемая в СХППГ

а) Порта

б) Ванкевича

в) Тигерштедта

147. Внеротовые средства для иммобилизации перелома нижней челюсти,

используемые в СХППГ

а) Порта

б) аппарат Збаржа

в) аппарат Рудько

148. Остеосинтез по Макиенко проводится

а) спицей

б) минипластинами

в) стальной проволокой

г) бронзо-алюминиевой лигатурой

д) компрессионно-дистракционным аппаратом

149. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей,

проводимый на БМП

а) остеосинтез

б) наложение гладкой шины скобы

в) наложение бимаксиллярных шин

г) межчелюстное связывание по Айви

д) временная (транспортная) иммобилизация

150. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей,

проводимый на ОМедБ

а) наложение бимаксиллярных шин

б) временная (транспортная) иммобилизация

в) наложение компрессионно-дистракционного аппарата

г) наложение гладкой шины скобы

д) остеосинтез

151. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей,

проводимый на СХППГ

а) подготовка к эвакуации

б) временная (транспортная) иммобилизация

в) оказание всех видов хирургической помощи

с последующей реабилитацией

г) устранение недостатков помощи на предыдущих этапах,

подготовка к эвакуации

152. При лучевой болезни хирургическое вмешательство

можно проводить в период

а) разгара

б) любой период

в) первичных реакций

г) мнимого благополучия

д) восстановительный период

153. При тяжелой форме лучевой болезни используют методы иммобилизации

а) оперативные

б) ортопедические

154. При легкой форме лучевой болезни используют методы иммобилизации

а) оперативные

б) ортопедические

155. Сочетанной травмой называется

а) повреждение несколькими травмирующими факторами

б) повреждение нескольких анатомических областей тела

156. Комбинированной травмой называется

а) повреждение несколькими травмирующими факторами

б) повреждение нескольких анатомических областей тела

157. Экстренное специализированное лечение повреждений лица

при сочетанной травме заключается

а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания

б) в лечении осложнений воспалительного характера,

окончательной иммобилизации переломов костей лица

в) в первичной хирургической обработке раны,

временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

158. Срочное специализированное лечение повреждений лица

при сочетанной травме заключается

а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания

б) в лечении осложнений воспалительного характера,

окончательной иммобилизации переломов костей лица

в) в первичной хирургической обработке раны,

временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

159. Отсроченное специализированное лечение повреждений лица

при сочетанной травме заключается

а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания

б) в лечении осложнений воспалительного характера,

окончательной иммобилизации переломов костей лица

в) в первичной хирургической обработке раны,

временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

160. Особенности ожогов лица заключаются

а) в течении раневого процесса

б) в значительной аутоинтоксикации

в) в неравномерном поражении кожи лица

г) в быстром развитии гнойно-септических осложнений

161. При ожоге I степени поражаются

а) все слои эпидермиса

б) кожа и подлежащие ткани

в) поверхностный эпидермис

г) поверхностный эпидермис и капилляры

д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

162. При ожоге II степени поражаются

а) все слои эпидермиса

б) кожа и подлежащие ткани

в) поверхностный эпидермис

г) поверхностный эпидермис и капилляры

д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

163. При ожоге III(а) степени поражаются

а) все слои эпидермиса

б) кожа и подлежащие ткани

в) поверхностный эпидермис

г) поверхностный эпидермис и капилляры

д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

164. При ожоге III(б) степени поражаются

а) все слои эпидермиса

б) кожа и подлежащие ткани

в) поверхностный эпидермис

г) поверхностный эпидермис и капилляры

д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

165. При ожоге IV степени поражаются

а) все слои эпидермиса

б) кожа и подлежащие ткани

в) поверхностный эпидермис

г) поверхностный эпидермис и капилляры

д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

166. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области,

оказываемый в очаге поражения

а) первичная хирургическая обработка

б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание

в) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи

г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

д) исправление повязки,

дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

167. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области,

оказываемый в БМП

а) первичная хирургическая обработка

б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание

в) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи

г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

д) исправление повязки,

дача обезболивающих антибиотиков и сердечных средств

168. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области,

оказываемый в МПП

а) первичная хирургическая обработка

б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание

в) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

г) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи

д) исправление повязки,

дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

169. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области,

оказываемый в ОМедБ

а) первичная хирургическая обработка

б) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи

в) наложение сухой асептической повязки, обезболивание

г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

д) исправление повязки,

дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

170. Объем медицинской помощи при ожогах

челюстно-лицевой области I и II степени, оказываемый в ОМедБ

а) первичная хирургическая обработка

б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание

в) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи

г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

д) исправление повязки,

дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

171. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области,

оказываемый в СХППГ

а) первичная хирургическая обработка

б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание

в) исправление повязки,

дача обезболивающих антибиотиков и сердечных средств

г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

172. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области,

оказываемый в тыловой госпитальной базе

а) наложение сухой асептической повязки, обезболивание

б) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи, пластика

в) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

г) исправление повязки,

дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

173. Первичная хирургическая обработка ожога включает в себя

а) иссечение обожженной кожи

б) антисептическую обработку кожи вокруг ожога

в) антисептическую обработку кожи вокруг ожога,

удаление крупных пузырей и очищение загрязнения, мазевая повязка

174. Пересадку кожи на ожоговую рану производят

а) как можно позже

б) как можно раньше

в) на 5 сутки после ожога

г) с момента эпителизации

д) после отторжения струпа и развития грануляций

175. Стимулирует эпителизацию раны

а) анальгин

б) коргликон

в) солкосерил

г) эмульсия синтомицина

д) триметилдифтор параамин

176. Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом

а) клапанная

б) стенотическая

в) обтурационная

г) аспирационная

д) дислокационная

177. Асфиксия от сдавления дыхательной трубки

а) клапанная

б) стенотическая

в) обтурационная

г) аспирационная

д) дислокационная

178. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей

смещенными поврежденными органами

а) клапанная

б) стенотическая

в) обтурационная

г) аспирационная

д) дислокационная

179. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей

вдыханием жидкого раневого содержимого или рвотных масс

а) клапанная

б) стенотическая

в) обтурационная

г) аспирационная

д) дислокационная

180. Асфиксия от частичного и периодичного закрытия дыхательных путей

поврежденными тканями с затруднением вдоха или выдоха

а) клапанная

б) стенотическая

в) обтурационная

г) аспирационная

д) дислокационная

181. Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии

а) трахеотомия

б) введение воздуховода

в) удаление инородного тела

г) восстановление анатомического положения органа

182. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии

а) трахеотомия

б) введение воздуховода

в) удаление инородного тела

г) восстановление анатомического положения органа

183. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии на поле боя

а) трахеотомия

б) введение воздуховода

в) удаление инородного тела

г) вывести и закрепить язык булавкой

184. Лечебные мероприятия при аспирационной асфиксии на поле боя

а) трахеотомия

б) введение воздуховода

в) удаление инородного тела

г) положить раненого на бок или живот

д) восстановление анатомического положения органа

185. Профилактика аспирационной асфиксии у раненых

в челюстно-лицевую область на поле боя заключается

а) в трахеотомии

б) в введении воздуховода

в) в удалении инородного тела

г) в восстановлении анатомического положения органа

д) в очистке полости рта, придания раненому положения,

обеспечивающего свободное дыхание

186. Вид асфиксии

у раненых с отрывом подбородочного отдела нижней челюсти

а) клапанная

б) стенотическая

в) обтурационная

г) аспирационная

д) дислокационная

187. Для профилактики асфиксии при операциях

со значительным смещением тканей дна полости рта проводят

а) введение воздуховода

б) наложение трахеостомы

в) наложение бимаксиллярных шин

г) прошивание и выведение языка

188. Основной этап операции трахеотомии заключается

а) в разведении колец трахеи

б) в иссечении участка колец трахеи

в) в раздвижении мягких тканей над трахеей

189. Для профилактики асфиксии язык прошивается в направлении

а) горизонтально

б) под углом к средней линии

в) вертикально по средней линии

190. Для профилактики асфиксии язык прошивается

а) у корня

б) в передней трети

в) по средней линии

г) на границе задней и средней трети

191. Свободное дыхание после экстубации обеспечивается

а) трахеостомией

б) введением воздуховода

в) прошиванием и выведением языка

192. Временная остановка кровотечения

у раненых в челюстно-лицевую область в МПП заключается

а) в наложении жгута

б) в тугой тампонаде

в) в пальцевом прижатии сосуда

г) в перевязке сосуда на протяжении

193. Постоянная остановка кровотечения

у раненых челюстно-лицевую область в МПП заключается

а) в тугой тампонаде

б) в прошивании сосуда в ране

в) в пальцевом прижатии сосуда

г) в перевязке сосуда на протяжении

194. При невозможности остановки кровотечения

из корня языка или боковой стенки глотки в МПП необходимо сделать

а) тугую тампонаду

б) пальцевое прижатие сосуда

в) положить гемостатическую трубку

г) экстренную трахеотомию и тугую тампонаду

195. При клапанной асфиксии в МПП необходимо сделать

а) интубацию

б) трахеотомию

в) ввести воздуховод

г) отсечение "клапана"

или устранение его фиксацией поврежденных тканей

196. При дислокационной асфиксии в МПП необходимо сделать

а) интубацию

б) трахеотомию

в) ввести воздуховод

г) прошивание и выведение языка

д) искусственную вентиляцию легких

197. Объем помощи при ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ

а) подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу

б) окончательная остановка кровотечения, выведение из шока

в) специализированная полная хирургическая обработка ран

с элементами пластики

198. Особенности первичной хирургической обработки ран

челюстно-лицевой области в СХППГ

а) антисептическая обработка, наложение швов и повязки

б) остановка кровотечения, антисептическая обработка,

наложение швов и повязки

в) иссечение некротически измененных тканей,

удаление кровяных сгустков, дренирование раны

г) экономное иссечение тканей в области раны,

использование первичной пластики,

обшивание раны (подшивание слизистой оболочки к коже)

д) антисептическая обработка,

иссечение некротически измененных тканей, ушивание раны на себя

199. В штат СХППГ входят специалисты

а) окулист, стоматолог

б) нейрохирург, окулист

в) окулист, нейрохирург, стоматолог

г) окулист, нейрохирург, стоматолог, оториноляринголог

200. Объем помощи при ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ

а) подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу

б) окончательная остановка кровотечения, выведение из шока

в) полная хирургическая обработка ран

с наложением лечебной иммобилизации

201. Объем помощи при комбинированных ранениях лица и челюстей,

оказываемый в СХППГ

а) дезактивация

б) подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу, дезактивация

в) окончательная остановка кровотечения, выведение из шока,

лечение лучевой болезни, дезактивация

г) полная хирургическая обработка ран

с наложением лечебной иммобилизации

с учетом степени радиационного поражения, дезактивация

202. Лечение раненых с сочетанными поражениями проводится

а) в ОМедБ

б) в СХППГ широкого профиля

в) в СХППГ, отделение "голова, шея"

203. Сроки лечения в СХППГ

а) до 2-х недель

б) до 3-х недель

в) до 1-го месяца

г) до 2-х месяцев

д) до 3-х месяцев

е) до полугода

204. Объем стоматологической помощи в СХППГ заключается в лечении

а) всех видов

б) хирургическом

в) ортопедическом

г) терапевтическом

205. Особенность ухода за ранеными в челюстно-лицевую область

а) не требует дополнительного оборудования

б) до и после специализированной помощи различен

в) соответствует правилам ухода за любыми ранеными

206. Основой специального ухода за ранеными в челюстно-лицевую область

на этапах эвакуации является

а) дыхательная гимнастика

б) своевременное кормление

в) тщательная гигиена полости рта

207. Важной частью специального ухода

за ранеными в челюстно-лицевую область на этапах эвакуации является

а) утоление жажды

б) дыхательная гимнастика

в) массаж воротниковой зоны

208. Раствор для обработки полости рта

а) альбумин

б) раствор Рингера

в) 40% глюкоза

г) фурациллина

209. Раствор для обработки полости рта

а) альбумин

б) 40% глюкоза

в) раствор Рингера

г) марганцевокислого калия

210. Раствор для обработки полости рта

а) альбумин

б) раствор Рингера

в) 40% глюкоза

г) раствор диоксидина

211. "Трубочным" столом называется

а) диета при ксеростомии

б) протертое гомогенное питание

в) диета после резекции желудка

212. Военно-врачебная экспертиза проводится

а) начальником МПП

б) начальником ОМедБ

в) начальником СХППГ

г) военно-врачебной комиссией

213. Задача военно-врачебной комиссии

а) выявление нарушений прикуса

б) определение группы инвалидности

в) определение степени годности к воинской службе

214. Экспертное решение о степени годности к воинской службе принимается

а) по окончании хирургического лечения

б) при поступлении в специализированное отделение

в) во время лечения в специализированном отделении

215. Документ, подтверждающий нетрудоспособность при бытовой травме

а) форма № 6

б) больничный лист

в) бытовая справка

г) консультативное заключение

216. Документ,

подтверждающий нетрудоспособность при производственной травме

а) форма № 6

б) больничный лист

в) бытовая справка

г) консультативное заключение

217. Документ,

подтверждающий нетрудоспособность при травме или заболевании,

полученных в состоянии алкогольного опьянения

а) форма № 6

б) больничный лист

в) бытовая справка

г) консультативное заключение

218. Бытовая справка выдается на срок

а) 3 дня

б) 5 дней

в) 10 дней

г) 1 месяц

219. Больничный лист при лечении переломов челюстей выдается на срок

а) 10 дней

б) 20 дней

в) 30 дней

г) на весь срок лечения

д) 4 месяца

220. Больничный лист при сроке лечения до 10 дней подписывается

а) ВТЭК

б) лечащим врачом

в) врачебно-консультационной комиссией

221. Больничный лист при сроке лечения более 10 дней подписывается

а) ВТЭК

б) лечащим врачом

в) врачебно-консультационной комиссией

222. Больничный лист при сроке лечения более 4-х месяцев подписывается

а) ВТЭК

б) лечащим врачом

в) врачебно-консультационной комиссией

223. Военно-врачебная комиссия функционирует

а) в МПП

б) в ОМедБ

в) в СХППГ

224. Показания для определения инвалидности

при травме челюстно-лицевой области

а) отсутствие части органа

б) нарушение функции органа

в) стойкие функциональные нарушение

г) отсутствие части органа и нарушение функции органа

225. Показания для определения непригодности к военной службе

а) отсутствие части органа

б) нарушение функции органа

в) стойкие функциональные нарушения

г) отсутствие части органа и нарушение функции органа

Раздел 8

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЛИЦА И ШЕИ

001. Наиболее характерным из 3-х наборов признаков

для врожденной боковой кисты или свища шеи является

а) припухлость в среднем отделе боковой поверхности шеи;

образование на боковой поверхности шеи существует

длительное время (10 лет); температура тела нормальная;

болезненности при пальпации не наблюдается;

отсутствие разрушенных зубов и хронического тонзиллита

б) быстрое, по срокам (в течение недели), появление припухлости на шее;

связь с перенесенным тонзиллитом; покраснение кожных покровов

в области припухлости; болезненность при пальпации;

повышение температуры

в) инфильтрат на шее синюшной окраски

в виде "стеганного ватного одеяла";

в центре инфильтрата свищевой ход с гнойным отделением;

"деревянистая " плотность инфильтрата;

заболевание длится около полугода; температура тела не повышена

002. Наиболее характерным из 3-х наборов признаков

для врожденного незаращения верхней губы является

а) дефект красной каймы верхней губы; наличие рубцов на верхней губе;

наличие рубцов на соседних участках кожи лица;

отсутствие передних верхних центральных зубов;

дефект переднего отдела альвеолярного отростка верхней челюсти

б) щелевидный дефект красной каймы и кожи верхней губы

и дна носового хода; отсутствие травмы в анамнезе;

отсутствие рубцов в области щелевидного дефекта;

уплощение крыла носа; деформация кончика носа

в) втянутая красная кайма верхней губы;

укороченная уздечка верхней губы;

диастема между верхними центральными рубцами;

отсутствие травмы в анамнезе; отсутствие рубцов на коже верхней губы

003. Причинами развития врожденных деформаций челюстей являются

а) наследственный фактор

б) вредные привычки

в) заболевания ЛОР-органов

г) травма

д) анкилоз ВНЧС

е) эндокринные расстройства

004. Наиболее характерным из 3-х наборов признаков для незаращения неба

является

а) дефект переднего отдела альвеолярного отростка;

наличие рубцов на твердом и мягком небе;

отсутствие передних верхних центральных зубов; в анамнезе травма

б) округлой формы дефект на твердом небе;

мягкое небо без патологических изменений;

в анамнезе операция по поводу опухоли неба;

передний отдел альвеолярного отростка верхней челюсти

без изменений; наличие рубцов на слизистой оболочке твердого неба

в) щелевидной формы дефект мягкого и твердого неба;

отсутствие в анамнезе травмы, операции;

отсутствие рубцов на твердом и мягком небе;

заболевание врожденное;

подобное заболевание отмечено у родственников

005. Сроки ортодонтического лечения

больных с врожденными деформациями челюстей

а) детский возраст

б) подростковый возраст

в) взрослые

г) верно а) и б)

006. Сроки хирургического или хирургическо-ортодонтического лечения

больных с врожденными деформациями челюстей

а) детский возраст

б) подростковый возраст

в) взрослые

007. Выбор метода остеотомий челюстей зависит

а) от локализации деформации

б) от опыта хирурга

в) от оснащенности операционной

г) от уровня внутрикостного кровяного давления

д) от размера площади контакта остеотомированных фрагментов челюсти

е) верно а),г),д)

008. После реконструктивных операций на челюстях

возможны такие осложнения, как

а) нагноение

б) рецидив деформации

в) паралич лицевого нерва

г) верно а),б),д),е)

д) артрозы и артриты ВНЧС

е) ложный сустав

009. Встречаются ли изолированные формы деформаций челюстей?

а) да

б) нет

010. Хирургическое лечение сочетанных форм деформаций челюстей

осуществляется

а) одномоментно

б) в несколько этапов

в) этапность зависит от ряда объективных факторов

(возраст больного, опыт хирурга,

возможности анестезиологического обеспечения и другие)

011. Методы фиксации челюстей, наиболее часто применяемые

после хирургического лечения деформаций челюстей,

а) проволочный шов

б) назубные шины и накостно-внутрикостный остеосинтез

в) склеивание костей

г) спица Киршнера

д) ультразвуковая сварка костей

е) внеочаговые аппараты

012. Хирургическое лечение врожденных деформаций челюстей

следует проводить

а) в амбулаторных условиях

б) в районных больницах

в) в областных, краевых, республиканских больницах

и специализированных клиниках

г) в городских больницах

д) везде, где имеется по штату челюстно-лицевой хирург

013. К наиболее характерным из 3-х наборов признаков

для порока развития языка относится

а) больной язык, непомещающийся в полости рта;

зубы верхней и нижней челюсти веерообразно развернуты кнаружи;

отсутствие рубцов на языке и слизистой полости рта;

заболевание врожденное; невнятная речь

б) рубцовая деформация языка; невнятная речь;

в анамнезе автомобильная травма; рубцы на лице;

короткая уздечка языка

в) половинный дефект языка; зубы интактно; дефект речи;

в анамнезе - операция на языке;

рубцы на слизистой оболочке дна полости рта

Раздел 9

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ

ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

001. Поверхности височно-нижнечелюстного сустава покрыты

а) гиалиновым хрящом

б) соединительно-тканным хрящом

в) фиброзным хрящом

002. Слабое место в капсуле височно-нижнечелюстного сустава

а) в задней стенке

б) в наружной стенке

в) в передней стенке

003. Межсуставный диск при опускании и поднимании челюсти

а) двигается вместе с головкой

б) неподвижен

в) вращается вокруг вертикальной оси

004. К привычному вывиху предрасполагает следующая деформация челюстей

а) нижняя прогнатия

б) открытый прикус

в) нижняя ретрогения

005. Возможны ли движения нижней челюсти при одностороннем вывихе?

а) нет

б) только вниз

в) только вперед

006. Основной причиной вывихов нижней челюсти является

а) артрит височно-нижнечелюстного сустава

б) нижняя макрогнатия

в) снижение высоты прикуса

г) глубокое резцовое перекрытие

д) слабость суставной капсулы

и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава

007. Основной причиной вывихов нижней челюсти является

а) артрит височно-нижнечелюстного сустава

б) нижняя макрогнатия

в) снижение высоты прикуса

г) глубокое резцовое перекрытие

д) снижение высоты суставного бугорка

008. Виды вывихов нижней челюсти

а) средний

б) передний

009. Виды вывихов нижней челюсти

а) задний

б) средний

010. Виды вывихов нижней челюсти

а) средний

б) односторонний

011. Виды вывихов нижней челюсти

а) средний

б) двухсторонний

012. Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти

а) слезотечение

б) снижение высоты прикуса

в) невозможность сомкнуть зубы

г) ограничение подвижности нижней челюсти

013. Укажите признаки, характерные для вывиха нижней челюсти

а) слюнотечение изо рта

б) невозможность закрыть рот

в) зубы смыкаются во фронтальном участке

г) сухость в полости рта

д) лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов

е) верно а) и б)

014. Наиболее характерным набором признаков

для одностороннего вывиха височно-нижнечелюстного сустава является

а) болезненность в области сустава;

смещение челюсти в здоровую сторону; невозможность закрыть рот;

смещение подбородка вперед и в сторону; жевание невозможно

б) болезненность в области сустава;

смещение челюсти в больную сторону; нарушение прикуса;

отсутствие движения суставной головки

при пальпаторном обследовании; жевание затруднено

в) болезненность в области сустава; болезненность усиливается

при открывании рта; рот открывается ограниченно;

прикус не нарушен; припухлость в области сустава

г) болезненность медленно нарастала; рот открывается ограниченно;

область сустава припухлая; при открывании рта челюсть смещается

в больную сторону; трудно открывать рот из-за боли по утрам

015. Лечение при вывихе нижней челюсти заключается

а) в иммобилизации

б) в резекции суставного бугорка

в) в прошивании суставной капсулы

г) в резекции мыщелковых отростков нижней челюсти

д) в введении суставной головки в суставную впадину

016. Обезболивание при вправлении вывиха нижней челюсти

а) наркоз

б) местное

в) нейролептаналгезия

г) стволовая анестезия

017. Вправление вывиха нижней челюсти проводится при положении больного

а) лежа

б) сидя

в) стоя

018. Большие пальцы рук врач при вправлении вывиха нижней челюсти

устанавливает

а) на углы нижней челюсти

б) на фронтальную группу зубов

в) на моляры справа и слева или альвеолярные отростки

019. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на моляры

осуществляется в направлении

а) вниз

б) вбок

в) книзу

г) снизу вверх

д) фронтальной группы зубов

020. При вправлении вывиха височно-нижнечелюстного сустава

ведущим видом местной анестезии является

а) инфильтрационная анестезия области сустава

б) блокада жевательной мышцы

в) анестезия у круглого отверстия

021. Тактика врача после вправлении вывиха, произшедшего впервые

а) рекомендовать щадящую диету

б) межчелюстное шинирование с прокладкой на моляры

в) кратковременная лигатурная фиксация

г) подбородочная праща

д) верно а) и г)

022. К первичному вывиху предрасполагает

а) диабет

б) ревматизм

в) узелковый периартрит

023. Лучшим для лечения первичного вывиха является

а) введение 10% настойки йода периартикулярно

б) введение в жевательные мышцы 70° спирта

для ограничения движения в суставе

в) применение аппарата Петросова, шины Ядровой

024. Для острого вывиха в анамнезе характерно

а) наличие периодических болей в области сустава

б) удар в подбородочный отдел

в) наличие постоянной микротравмы (высокая пломба зуба)

г) завышение прикуса при протезировании

д) снижение прикуса при протезировании

025. Для переднего вывиха не характерны следующие причины

а) зевота

б) травматическое удаление зуба

в) откусывание яблока

г) при интубации трахеи

д) удар в область угла нижней челюсти

026. Возникновению переднего вывиха способствуют

а) расслабление связочно-капсулярного аппарата

б) деформация суставных элементов

в) изменение структуры межкапсулярного диска

г) все вышеперечисленные

д) острое гнойное воспаление сустава

027. После вправления вывиха необходима иммобилизация

а) да

б) нет

028. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на подбородок

осуществляется в направлении

а) вбок

б) вверх

в) книзу

г) снизу вверх и кзади

029. Показания для проведения наркоза

при вправлении вывиха нижней челюсти

а) при привычном вывихе

б) при выраженной гиперсаливации

в) при подозрении на тромбофлебит угловой вены

г) при рефлекторной контрактуре жевательных мышц

030. Причиной острого неспецифического артрита

височно-нижнечелюстного сустава является

а) актиномикоз

б) острая травма

в) околоушный гипергидроз

г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава

в результате изменения окклюзии

031. Причиной хронического неспецифического артрита

височно-нижнечелюстного сустава является

а) актиномикоз

б) острая травма

в) околоушный гипергидроз

г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава

в результате изменения окклюзии

032. Причиной острого неспецифического артрита

височно-нижнечелюстного сустава является

а) актиномикоз

б) ревматическая атака

в) околоушный гипергидроз

г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава

в результате изменения окклюзии

033. Ревматоидный артрит относится

а) к дистрофическому виду артрита

б) к инфекционному неспецифическому виду артрита

в) к инфекционному специфическому виду артрита

034. Изменения в других органах при остром артрите

а) снижение слуха

б) боли в глазах при ярком свете

в) изменений нет

035. При остром артрите предпочтительным видом физиотерапии является

а) электрофорез с вирапином

б) кварц

в) УВЧ

036. Характерные симптомы острого артрита височно-нижнечелюстного сустава

в начальной стадии

а) тризм жевательных мышц

б) околоушный гипергидроз

в) боль, ограничение открывание рта

г) боль в шейном отделе позвоночника,

иррадиирующая в височно-нижнечелюстной сустав

037. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава

является

а) актиномикоз

б) ревматическая атака

в) околоушный гипергидроз

г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава

в результате изменения окклюзии

038. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава

является

а) туберкулез

б) ревматическая атака

в) околоушный гипергидроз

г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава

в результате изменения окклюзии

039. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава

является

а) сифилис

б) ревматическая атака

в) околоушный гипергидроз

г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава

в результате изменения окклюзии

040. Острая стадия выражена резко

а) у специфического специфического артрита

б) у гонорейного специфического артрита

в) у актиномикотического специфического артрита

041. Неподвижность челюсти служит ведущим признаком в хронической стадии

а) инфекционного специфического артрита

б) гонорейного специфического артрита

в) актиномикотического специфического артрита

042. Причиной обострения хронического неспецифического артрита

височно-нижнечелюстного сустава является

а) актиномикоз

б) околоушный гипергидроз

в) распространение инфекции из окружающих тканей

г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава

в результате изменения окклюзии

043. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава

необходимо дифференцировать

а) с острым отитом

б) с острым гайморитом

в) с околоушным гипергидрозом

г) с переломом верхней челюсти

д) с флегмоной поднижнечелюстной области

044. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава

необходимо дифференцировать

а) с острым гайморитом

б) с околоушным гипергидрозом

в) с переломом верхней челюсти

г) с флегмоной поднижнечелюстной области

д) с переломом мыщелкового отростка нижней челюсти

045. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава

необходимо дифференцировать

а) с острым гайморитом

б) с околоушным гипергидрозом

в) с переломом верхней челюсти

г) с флегмоной поднижнечелюстной области

д) с флегмоной околоушно-жевательной области

046. В комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического

артрита височно-нижнечелюстного сустава входят

а) химиотерапия, иглотерапия

б) физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка

и покой височно-нижнечелюстного сустава

в) физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация

г) физиотерапия, удаление мыщелкового отростка, разгрузка

и покой височно-нижнечелюстного сустава

047. При остром артрите наблюдаются

следующие рентгенологические изменения

а) суставная щель сужена

б) возможно неравномерное расширение

в) суставная щель определяется

г) не определяется

048. К хроническому артриту чаще приводит

а) бруксизм

б) переломы нижней челюсти в области угла

в) двусторонняя частичная адентия

049. В острой фазе травматического артрита в суставе, как правило, отмечается

а) вывих мениска

б) разрыв наружной связки

в) кровоизлияние

050. Накладывать иммобилизацию при остром травматическом артрите

целесообразнее на срок

а) не меньше 7 дней

б) не меньше 2-х недель

в) 2-3 дня

051. Какие из нижеперечисленных исследований необходимы

для уточнения диагноза "острого ревматического артрита"?

а) общий анализ крови

б) сиаловая проба

в) дифениламиновая проба

г) на содержание амилазы

д) остаточный азот

е) верны ответы б) и в)

052. Характерным путем распространения инфекции

для ревматических и ревматоидных артритов является

а) гематогенный

б) лимфогенный

в) по продолжению (по прилежащим тканям)

053. Для острого травматического артрита характерно снижение слуха

а) да

б) нет

054. Укажите признаки,

характерные для анамнеза острого травматического артрита

а) удар, ушиб (одномоментная травма)

б) удаление (травматическое) зуба

в) флегмона околоушно-жевательной области

г) грипп

д) отит

055. При травматическом артрите нижнечелюстную фиксацию накладывают

а) на 2-3 дня

б) на 5-7 дней

в) на 9-14 дней

056. При травматическом артрите в суставе чаще обнаруживается

следующая микрофлора

а) кокковые формы

б) смешанная

в) микрофлоры нет

057. Если больной жует одной половиной челюсти, где чаще возникает артрит?

а) на рабочей стороне

б) на противоположной стороне

в) закономерности вывести на удается

058. Ведущим признаком в морфологии склерозирующего артроза является

а) неравномерное разрастание отдельных участков суставной головки

б) гомогенное уплотнение суставной головки

в) перестройка хрящевой и соединительной ткани с оссификацией

059. Симптомами, характерными для травматического артрита, являются

а) постоянные боли

б) длительная тугоподвижность в суставе

в) периодическое ограничение подвижности сустава,

сопровождающееся болями

060. Симптомами, характерными для ревматоидного артрита, являются

а) нарастающая тугоподвижность в суставе

б) постоянно иррадиирующие боли

в) привычный вывих

061. Для деформирующего артроза характерен

следующий рентгенологический признак

а) расширение суставной щели

б) изменение контуров сочленяющих поверхностей

за счет неравномерного разрастания костной ткани

в) сужение суставной щели

062. Ведущим симптомом анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

а) шум в ушах

б) нарушение глотания

в) множественный кариес

г) выраженный болевой синдром

д) резкое ограничение подвижности нижней челюсти

063. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

является

а) артрит

б) опухоль

в) мастоидит

г) околоушный гипергидроз

д) целлюлит околоушно-жевательной области

064. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

является

а) опухоль

б) мастоидит

в) околоушный гипергидроз

г) целлюлит околоушно-жевательной области

д) травма мыщелковых отростков нижней челюсти

065. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

является

а) опухоль

б) мастоидит

в) околоушный гипергидроз

г) остеомиелит нижней челюсти

д) целлюлит околоушно-жевательной области

066. Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

а) гнойный

б) фиброзный

в) слипчивый

г) катаральный

д) атрофический

067. Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

а) костный

б) гнойный

в) слипчивый

г) катаральный

д) атрофический

068. Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза

височно-нижнечелюстного сустава является

а) шум в ушах

б) нарушение глотания

в) множественный кариес

г) выраженный болевой синдром

д) смещение нижней челюсти в здоровую сторону

069. Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза

височно-нижнечелюстного сустава является

а) шум в ушах

б) нарушение глотания

в) множественный кариес

г) выраженный болевой синдром

д) гипертрофия жевательных мышц на больной стороне

070. Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза

височно-нижнечелюстного сустава является

а) шум в ушах

б) нарушение глотания

в) множественный кариес

г) выраженный болевой синдром

д) тугоподвижность в суставе, выраженная по утрам

071. Ведущим симптомом клиники двухстороннего костного анкилоза

височно-нижнечелюстного сустава является

а) шум в ушах

б) нарушение глотания

в) множественный кариес

г) выраженный болевой синдром

д) полное отсутствие движений нижней челюсти

072. Дополнительным методом исследования при диагностике

анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

а) миография

б) аудиометрия

в) биохимия крови

г) компьютерная томография

д) электроодонтодиагностика

073. Дополнительным методом исследования при диагностике

анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

а) миография

б) аудиометрия

в) биохимия крови

г) томография височно-нижнечелюстного сустава

д) электроодонтодиагностика

074. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом

височно-нижнечелюстного сустава характеризуется

а) нижней макрогнатией

б) верхней микрогнатией

в) верхней ретрогнатией

г) профилем "птичьего" лица

д) несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами

075. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом

височно-нижнечелюстного сустава характеризуется

а) нижней макрогнатией

б) верхней микрогнатией

в) верхней ретрогнатией

г) несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами

д) уплощением и укорочением тела

и ветви нижней челюсти на больной стороне

076. Рентгенологическая картина костного анкилоза

височно-нижнечелюстного сустава характеризуется

а) прерывистой суставной щелью

б) сплошным костным конгломератом

в) четко контурируемыми элементами суставных структур

077. Основной метод лечения больных с костным анкилозом

височно-нижнечелюстного сустава

а) физиотерапия

б) хирургический

в) консервативный

г) ортопедический

д) ортодонтический

078. Лечение фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

заключается

а) в редрессации

б) в физиотерапии

в) в артропластике

г) в создании ложного сустава

д) в остеотомии нижней челюсти

079. Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается

а) в редрессации

б) в физиотерапии

в) в создании ложного сустава

г) в остеотомии нижней челюсти

080. Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается

а) в редрессации

б) в физиотерапии

в) в артропластике

г) в остеотомии нижней челюсти

081. При развитии анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

в детстве деформация нижней челюсти появляется

а) через 6 месяцев от начала заболевания

б) через один год после начала заболевания

в) с началом интенсивного роста костей лица

082. Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является

а) верхняя макрогнатия

б) снижение высоты прикуса

в) укорочение ветвей нижней челюсти

г) ограничение подвижности нижней челюсти

д) ограничение подвижности нижней челюсти

с сохранением движений в височно-нижнечелюстном суставе

083. Основным методом лечения контрактур нижней челюсти является

а) комплексный

б) хирургический

в) консервативный

г) физиотерапевтический

084. Основным хирургическим методом лечения контрактур нежней челюсти

заключается

а) в иссечении рубцов

б) в рассечении рубцов

в) в вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти

г) в рассечении и иссечении рубцов

с последующей пластикой операционных дефектов

085. Дополнительным симптомом клиники контрактур нижней челюсти

является

а) верхняя макрогнатия

б) снижение высоты прикуса

в) укорочение ветвей нижней челюсти

г) ограничение подвижности нижней челюсти

в височно-нижнечелюстном суставе

д) веерообразное положение фронтальной группы зубов

086. Стойкая контрактура нижней челюсти обусловлена

а) ослаблением жевательных мышц

б) параличом мимической мускулатуры

в) наличием рубцов в околочелюстных тканях

087. Нестойкая контрактура нижней челюсти обусловлена

а) ослаблением жевательных мышц

б) параличом мимической мускулатуры

в) наличием рубцов в околочелюстных тканях

Раздел 10

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. Основным этиологическим фактором

в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта

является

а) гиперсаливация

б) частичная адентия

в) массивные зубные отложения

г) хроническая травма слизистой оболочки

д) заболевания желудочно-кишечного тракта

е) предраковые заболевания

002. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения

диагноза "злокачественное новообразование челюстно-лицевой области"

относится

а) физикальный

б) биохимический

в) цитологический

г) иммунологический

д) ангиографический

003. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения

диагноза "злокачественное новообразование челюстно-лицевой области"

относится

а) физикальный

б) биохимический

в) гистологический

г) ангиографический

д) иммунологический

004. Под онкологической настороженностью понимают

знание злокачественных новообразований

а) ранних симптомов

б) препаратов для лечения

в) профессиональных вредностей

г) допустимых доз лучевой терапии

005. Под онкологической настороженностью понимают знание

а) профессиональных вредностей

б) допустимых доз лучевой терапии

в) поздних симптомов злокачественных новообразований

г) препаратов для лечения злокачественных новообразований

д) системы организации помощи онкологическим больным

006. Под онкологической настороженностью понимают знание

а) профессиональных вредностей

б) препаратов для лечения опухолей

в) допустимых доз лучевой терапии

г) специальных методов обследования, ранней диагностики

д) системы организации помощи онкологическим больным

007. Стадию злокачественного новообразования устанавливают

на основании клинических признаков

а) жалоб больного

б) размеров опухоли

в) жалоб больного, размеров опухоли

г) размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов

д) размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов

008. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований

челюстно-лицевой области относят

а) химиотерапию

б) лучевую терапию

в) иссечение опухоли

г) комбинированное лечение

д) симптоматическую терапию

009. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований

челюстно-лицевой области относят

а) химиотерапию

б) криодеструкцию

в) лучевую терапию

г) комбинированное лечение

д) симптоматическую терапию

010. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований

челюстно-лицевой области относят

а) химиотерапию

б) СВЧ-гипертерапию

в) лучевую терапию

г) комбинированное лечение

д) симптоматическую терапию

011. Распространенность опухоли, ее метастазирование

наиболее точно оценивает классификация

а) TNM

б) клиническая

в) пятибальная

г) онкологического центра

012. Саркомы развиваются

а) из эпителия

б) из железистой ткани

в) из соединительной ткани

013. Саркомы развиваются

а) из эпителия

б) из нервных волокон

в) из железистой ткани

014. Саркомы развиваются

а) из сосудов

б) из эпителия

в) из железистой ткани

015. Саркомы развиваются

а) из эпителия

б) из железистой ткани

в) из мышечных волокон

016. Саркомы развиваются

а) из эпителия

б) из железистой ткани

в) из лимфатических клеток

017. Преимущественный путь метастазирования сарком

а) лимфогенный

б) гематогенный

018. Ранними симптомами центральных сарком челюстей являются

а) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти

б) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания

в) подвижность зубов, периодические ноющие боли,

симптомы Венсана, утолщение челюсти

019. Симптомами саркомы верхней челюсти являются

а) сукровичное выделяемое из носа

б) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания

в) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти

г) парез ветвей лицевого нерва

020. Симптомами саркомы верхней челюсти являются

а) экзофтальм

б) парез ветвей лицевого нерва

в) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания

г) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти

021. Ранними симптомами периферических сарком челюстей являются

а) деформация челюсти, подвижность зубов

б) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания

в) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти

022. Рентгенологическая картина при центральной саркоме челюсти

характеризуется

а) деструкцией костной ткани с очагами просветления

с нечеткими контурами

б) множественными остеолитическими очагами

в области углов и ветвей нижней челюсти

в) истончением кортикального слоя кости,

множеством кистозных просветлений

г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения

и разрежения картиной "матового стекла"

д) разволокнением кортикального слоя,

пятнистоочаговым "ватным" рисунком,

преобладанием костеобразования

023. Рентгенологическая картина при периферической саркоме челюсти

характеризуется

а) истончением кортикального слоя кости,

множеством кистозных просветлений

б) деструкцией костной ткани с очагами просветления

с нечеткими контурами

в) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения

и разрежения картиной "матового стекла"

г) разволокнением кортикального слоя,

пятнистоочаговым "ватным" рисунком,

преобладанием костеобразования

д) периоссальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы,

краевой деструкцией кости

024. Ранними симптомами сарком околочелюстных тканей являются

а) безболезненный инфильтрат мягких тканей

б) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти

в) подвижность зубов, периодические ноющие боли, утолщение челюсти

г) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания

025. Основным методом лечения сарком челюстно-лицевой области является

а) химиотерапия

б) хирургический

в) лучевая терапия

026. Наиболее чувствительна к лучевой терапии

а) фибросаркома

б) остеосаркома

в) хондросаркома

г) гемандотелиома

д) ретикулосаркома

027. Наиболее чувствительна к лучевой терапии

а) саркома Юинга

б) гемандотелиома

028. Рентгенологическая картина остеолитической формы саркомы челюсти

характеризуется

а) деструкцией костной ткани с очагами просветления

с нечеткими контурами

б) истончением кортикального слоя кости,

множеством кистозных просветлений

в) разволокнением кортикального слоя,

пятнистоочаговым "ватным" рисунком,

преобладанием костеобразования

г) периоссальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы,

краевой деструкцией кости

029. Рентгенологическая картина остеобластической формы саркомы челюсти

характеризуется

а) деструкцией костной ткани с очагами просветления

с нечеткими контурами

б) истончением кортикального слоя кости,

множеством кистозных просветлений

в) разволокнением кортикального слоя,

пятнистоочаговым "ватным" рисунком,

преобладанием костеобразования

г) периоссальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы,

краевой деструкцией кости

030. Особенностью саркомы Юинга является

а) бруксизм

б) аллопеции

в) бессимптомное течение

г) способность к лимфогенному метастазированию

031. Особенностью саркомы Юинга является

а) бруксизм

б) аллопеции

в) бессимптомное течение

г) лейкоцитоз, повышение температуры

032. Особенностью саркомы Юинга является

а) бруксизм

б) аллопеции

в) циклическое течение

г) бессимптомное течение

033. Различают формы роста рака языка

а) дискоидную

б) экзофитную

в) актиническую

г) мультицентрическую

034. Различают формы роста рака языка

а) дискоидную

б) эндофитную

в) актиническую

г) мультицентрическую

035. Различают формы роста рака языка

а) дискоидную

б) актиническую

в) мультицентрическую

г) подслизисто-инфильтративную

036. Рак языка метастазирует

а) лимфогенно

б) гематогенно

037. Метастазирование в регионарные лимфатические узлы при раке языка

начинается

а) через 1-2 месяца

б) через 2-3 месяца

в) через 3-4 месяца

г) через 4-5 месяцев

д) через 5-6 месяцев

038. Наиболее распространенными морфологическими формами рака языка

являются

а) сосудистая

б) межмышечная

в) цилиндрическая

г) плоскоклеточная

д) муко-эпидермоидная

039. Первичным элементов экзофитной формы начальной стадии рака языка

является

а) гумма

б) гиперкератоз

в) подслизистый инфильтрат

г) некроз слизистой оболочки

д) разрастание слизистой оболочки

040. Первичным элементов эндофитной формы начальной стадии рака языка

является

а) гумма

б) гиперкератоз

в) трещина, язва

г) подслизистый инфильтрат

д) некроз слизистой оболочки

041. Первичным элементов подслизисто-инфильтративной формы

начальной стадии рака языка является

а) гумма

б) гиперкератоз

в) трещина, язва

г) подслизистый инфильтрат

д) некроз слизистой оболочки

042. Основной симптом присоединения вторичной инфекции

при раке языка заключается

а) в явлениях интоксикации

б) в повышении температуры

в) в некрозе слизистой оболочки

г) в болезненности первичного очага

д) в обострении хронических заболеваний

043. Клиническая картина I стадии рака языка характеризуется

а) первичным очагом до 1 см,

распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки

б) язвой до 1.5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя,

односторонние метастазы

в) язвой, распространяющейся на соседние органы,

множественные регионарные и отдаленные метастазы

г) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования,

множественные метастазы

044. Клиническая картина II стадии рака языка характеризуется

а) первичным очагом до 1 см,

распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки

б) язвой до 1.5-2 см,

распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы

в) язвой, распространяющейся на соседние органы,

множественные регионарные и отдаленные метастазы

г) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования,

множественные метастазы

045. Клиническая картина III стадии рака языка характеризуется

а) первичным очагом до 1 см,

распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки

б) язвой до 1.5-2 см,

распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы

в) язвой, распространяющейся на соседние органы,

множественные регионарные и отдаленные метастазы

г) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования,

множественные метастазы

046. Клиническая картина IV стадии рака языка характеризуется

а) первичным очагом до 1 см,

распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки

б) язвой до 1.5-2 см,

распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы

в) язвой, распространяющейся на соседние органы,

множественные регионарные и отдаленные метастазы

г) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования,

множественные метастазы

047. Основным методом лечения рака языка является

а) химиотерапия

б) хирургический

в) лучевая терапия

г) комбинированный метод

048. При метастазах рака языка в регионарные лимфатические узлы

применяется операция

а) Редона

б) Крайля

в) Венсана

г) Колдуэлл - Люка

049. При метастазах рака языка в регионарные лимфатические узлы

применяется операция

а) Редона

б) Венсана

в) Колдуэлл - Люка

г) удаление шейной фасции

д) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи

050. Для уточнения диагноза рака языка дополнительно проводится

а) томография

б) ангиография

в) лапароскопия

г) иридодиагностика

д) цитологическое исследование

051. Для уточнения диагноза рака языка дополнительно проводится

а) биопсия

б) томография

в) ангиография

г) лапароскопия

д) иридодиагностика

052. Основным хирургическим методом лечения рака языка является операция

а) Крайля

б) Венсана

в) Редона

г) Колдуэлл - Люка

д) половинная резекция языка

053. Рак слизистой оболочки дна полости рта развивается

а) из нервной ткани

б) из мышечной ткани

в) из лимфатической ткани

г) из эпителиальной ткани

д) из соединительной ткани

054. Основным клиническим проявлением

рака слизистой оболочки дна полости рта является

а) воспалительный инфильтрат

б) язва без инфильтрации краев

в) эрозия без инфильтрации краев

г) изъязвляющийся инфильтрат, спаянный с окружающими тканями

д) гиперемия и отек участка слизистой оболочки

055. Прогностически наиболее благоприятная локализация

рака слизистой оболочки дна полости рта

а) задний отдел

б) боковой отдел

в) передний отдел

г) подъязычная область

д) челюстно-язычный желобок

056. Прогностические наиболее неблагоприятная локализация

рака слизистой оболочки дна полости рта

а) передний отдел

б) подъязычная область

в) челюстно-язычный желобок

г) боковой отдел с переходом на язык

д) задний отдел с переходом на корень языка

057. Рак слизистой оболочки дна полости рта дифференцируют

а) с сифилисом

б) с актиномикозом

в) с туберкулезом

г) с сосудистыми опухолями

д) с хроническим воспалением

058. Рак слизистой оболочки дна полости рта дифференцируют

а) с актиномикозом

б) с сосудистыми опухолями

в) с красным плоским лишаем

г) с веррукозной лейкоплакией

д) с язвенно-некротическим стоматитом

059. Основным методом лечения рака слизистой оболочки дна полости рта

является

а) физиотерапия

б) химиотерапия

в) хирургический

г) лучевая терапия

д) комбинированный метод

060. Одним из основных хирургических методов лечения

рака слизистой оболочки дна полости рта является

а) операция Крайля

б) СВЧ-гипертермия

в) операция по Бильроту

г) операция Колдуэлл - Люка

061. В начальных стадиях рака слизистой оболочки дна полости рта

метастазирование происходит в лимфатические узлы

а) подмышечные

б) околояремные

в) глубокие шейные

г) поднижнечелюстные

062. В начальных стадиях рака слизистой оболочки дна полости рта

метастазирование происходит в лимфатические узлы

а) подмышечные

б) околояремные

в) глубокие шейные

г) подбородочные

063. При метастазах рака слизистой оболочки дна полости рта

в регионарные лимфатические узлы применяется операция

а) Редона

б) Крайля

в) Венсана

г) Колдуэлл - Люка

064. При метастазах рака слизистой оболочки дна полости рта

в регионарные лимфатические узлы применяется операция

а) Редона

б) Венсана

в) Колдуэлл - Люка

г) удаление шейной фасции

д) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи

065. Наиболее распространенными морфологическими формами

рака нижней губы являются

а) межмышечная

б) цилиндрическая

в) плоскоклеточная

г) муко-эпидермоидная

066. Одной из основных причин развития рака нижней губы является

а) ретенционная киста

б) облигатный предрак

в) факультативный предрак

067. Для ороговевающей формы плоскоклеточного рака нижней губы

характерно

а) быстрое развитие, раннее метастазирование

б) быстрое развитие, позднее метастазирование

в) медленное развитие, раннее метастазирование

г) медленное развитие, позднее метастазирование

068. Для неороговевающей формы плоскоклеточного рака нижней губы

характерно

а) быстрое развитие, раннее метастазирование

б) быстрое развитие, позднее метастазирование

в) медленное развитие, раннее метастазирование

г) медленное развитие, позднее метастазирование

069. К экзофитной форме рака нижней губы относят

а) язвенную

б) инфильтративную

в) язвенно-инфильтративную

г) папиллярную, бородавчатую

070. К эндофитной форме рака нижней губы относят

а) папиллярную

б) бородавчатую

в) некротическую

г) язвенно-инфильтративную, инфильтративную

071. Пути метастазирования рака нижней губы

а) неврогенный

б) лимфогенный

в) гематогенный

072. Клиническая картина I стадии рака нижней губы характеризуется

а) язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя,

одиночными метастазами

б) первичным очагом до 1 см,

распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки

в) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования,

множественными метастазами

г) язвой, распространяющейся на соседние органы,

множественными регионарными и отдаленными метастазами

073. Клиническая картина II стадии рака нижней губы характеризуется

а) язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя,

одиночными метастазами

б) первичным очагом до 1 см,

распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки

в) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования,

множественными метастазами

г) язвой, распространяющейся на соседние органы,

множественными регионарными и отдаленными метастазами

074. Клиническая картина III стадии рака нижней губы характеризуется

а) язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя,

одиночными метастазами

б) первичным очагом до 1 см,

распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки

в) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования,

множественными метастазами

г) язвой, распространяющейся на соседние органы,

множественными регионарными и отдаленными метастазами

075. Клиническая картина IV стадии рака нижней губы характеризуется

а) язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя,

одиночными метастазами

б) первичным очагом до 1 см,

распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки

в) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования,

множественными метастазами

г) язвой, распространяющейся на соседние органы,

множественными регионарными и отдаленными метастазами

076. Рак нижней губы дифференцируют

а) с актиномикозом

б) с декубитальной язвой

в) с ретенционной кистой

г) с гландулярным хейлитом

077. Рак нижней губы дифференцируют

а) с сифилисом

б) с актиномикозом

в) с ретенционной кистой

г) с гландулярным хейлитом

078. Основным методом лечения рака нижней губы является

а) физиотерапия

б) химиотерапия

в) хирургический

г) лучевая терапия

д) комбинированный метод

079. Основной метод лечения рака нижней губы I стадии

а) физиотерапия

б) химиотерапия

в) хирургический

г) лучевая терапия

д) комбинированный метод

080. Суммарная очаговая доза при лучевой терапии рака нижней губы (Грей)

а) 20

б) 40

в) 60

г) 80

д) 100

081. При одиночных метастазах рака нижней губы

в регионарные лимфатические узлы проводится операция

а) Крайля

б) Венсана

в) Колдуэлл - Люка

г) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки по полному варианту

д) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки по верхнему варианту

082. При множественных метастазах рака нижней губы

в регионарные лимфатические узлы проводится операция

а) Венсана

б) Колдуэлл - Люка

в) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки по полному варианту

г) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки по верхнему варианту

083. При множественных метастазах рака нижней губы

в регионарные лимфатические узлы проводится операция

а) Крайля

б) Венсана

в) Колдуэлл - Люка

г) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки по верхнему варианту

084. Рак верхнечелюстной пазухи развивается

а) из нервной ткани

б) из мышечной ткани

в) из лимфатической ткани

г) из эпителиальной ткани

д) из соединительной ткани

085. Клиническими симптомами рака нижнепереднего внутреннего сегмента

верхней челюсти (по Онгрену) являются

а) онемение и подвижность области премоляров и клыка

б) подвижность моляров, ограничение открывания рта

в) парастезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм,

смещение глазного яблока

г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели,

боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

086. Клиническими симптомами рака нижнепереднего наружного сегмента

верхней челюсти (по Онгрену) являются

а) онемение и подвижность области премоляров и клыка

б) подвижность моляров, ограничение открывания рта

в) парастезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм,

смещение глазного яблока

г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели,

боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

087. Клиническими симптомами рака верхнезаднего внутреннего сегмента

верхней челюсти (по Онгрену) являются

а) онемение и подвижность области премоляров и клыка

б) подвижность моляров, ограничение открывания рта

в) парастезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм,

смещение глазного яблока

г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели,

боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

088. Клиническими симптомами рака верхнезаднего наружного сегмента

верхней челюсти (по Онгрену) являются

а) онемение и подвижность области премоляров и клыка

б) подвижность моляров, ограничение открывания рта

в) парастезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм,

смещение глазного яблока

г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели,

боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

089. Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти являются

а) насморк

б) снижение зрения

в) кровотечения из носа

г) затруднение носового дыхания

090. Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти являются

а) насморк

б) снижение зрения

в) кровотечения из носа

г) подвижность интактных зубов

091. Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти являются

а) насморк

б) снижение зрения

в) кровотечения из носа

г) патологические разрастания в лунке удаленного зуба верхней челюсти

092. Рентгенологическая картина рака верхнечелюстной пазухи

на ранних стадиях характеризуется

а) мягкотканной тенью в виде купола

б) нарушением прозрачности пазухи, разрушением костных границ

в) нарушением прозрачности пазухи без изменения костных границ

г) периостальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы,

краевой деструкцией кости

д) разволокнением кортикального слоя,

пятнистоочаговым "ватным" рисунком,

преобладанием костеобразования

093. Рентгенологическая картина рака верхнечелюстной пазухи

на поздних стадиях характеризуется

а) мягкотканной тенью в виде купола

б) нарушением прозрачности пазухи, разрушением костных границ

в) нарушением прозрачности пазухи без изменения костных границ

г) периостальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы,

краевой деструкцией кости

д) разволокнением кортикального слоя,

пятнистоочаговым "ватным" рисунком,

преобладанием костеобразования

094. Рак верхнечелюстной пазухи следует дифференцировать

а) с ретенционной кистой

б) с полиморфной аденомой

в) с хроническим гайморитом

г) с дистопией третьих моляров

095. Цитологическое исследование при подозрении

на рак верхнечелюстной пазухи проводят исследуя клеточный состав

а) слюны

б) промывных вод пазухи

в) пародонтальной жидкости

г) соскоба задней стенки глотки

096. Наиболее распространенными морфологическими формами

рака верхнечелюстной пазухи являются

а) межмышечная

б) цилиндрическая

в) плоскоклеточная

г) муко-эпидермоидная

097. Одним из основных хирургических методов лечения

рака верхнечелюстной пазухи является

а) СВЧ-гипертермия

б) операция Крайля

в) операция по Бильроту

г) операция Колдуэлл - Люка

д) резекция верхней челюсти

098. Метастазирование при раке верхнечелюстной пазухи

происходит в лимфатические узлы

а) подмышечные

б) околояремные

в) глубокие шейные

г) подбородочные

099. Рентгенологическая картина вторичного рака нижней челюсти

характеризуется

а) деструкцией костной ткани без четких границ

по типу "тающего сахара"

б) истончением кортикального слоя кости,

множеством кистозных просветлений

в) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения

и разрежения картиной "матового стекла"

г) разволокнением кортикального слоя,

пятнистоочаговым "ватным" рисунком,

преобладанием костеобразования

100. Метастазирование при раке нижней челюсти происходит

в лимфатические узлы

а) заглоточные

б) подмышечные

в) околояремные

г) глубокие шейные

д) поднижнечелюстные

101. Наиболее часто встречающейся локализацией

вторичного рака нижней челюсти является

а) тело

б) ветвь

в) венечный отросток

г) фронтальный отдел

д) мыщелковый отросток

102. Опухоль, при озлокачествлении которой развивается рак нижней челюсти

а) миксома

б) хондрома

в) одонтома

г) амелобластома

д) остеокластома

103. Периостальная реакция при раке нижней челюсти

а) "козырек"

б) "спикулы"

в) отсутствует

г) "луковичные наслоения"

д) равномерное утолщение надкостницы

104. Боли в начальной стадии рака нижней челюсти обусловлены

а) распадом опухоли

б) инфильтрацией надкостницы

в) присоединением вторичной инфекции

г) сдавлением опухолью нижнечелюстного нерва

105. Рак нижней челюсти дифференцируют

а) с ретенционной кистой

б) с полиморфной аденомой

в) с хроническим гайморитом

г) с дистопией третьих моляров

д) с хроническим остеомиелитом

106. Рак нижней челюсти дифференцируют

а) с ретенционной кистой

б) с полиморфной аденомой

в) с хроническим гайморитом

г) с одонтогенными опухолями

д) с дистопией третьих моляров

107. Развитию вторичного рака нижней челюсти способствует

а) сахарный диабет

б) строение костной ткани

в) предраковые заболевания

г) дистопия третьих моляров

д) особенности кровоснабжения

108. Одним из основных хирургических методов лечения рака нижней челюсти

является

а) химиотерапия

б) операция Крайля

в) операция по Бильроту

г) операция Колдуэлл - Люка

д) половинная резекция челюсти

109. Основным клиническим симптомом вторичного рака нижней челюсти

является

а) гиперсаливация

б) обнажение кости

в) опухолевый инфильтрат

г) парез мимической мускулатуры

д) нарушение вкусовой чувствительности

110. Основным клиническим симптомом вторичного рака нижней челюсти

является

а) гиперсаливация

б) обнажение кости

в) парез мимической мускулатуры

г) нарушение вкусовой чувствительности

д) эрозия, язва с инфильтрированными краями

111. Наиболее часто встречающейся локализацией

первичного рака нижней челюсти является

а) тело

б) угол

в) ветвь

г) мыщелковый отросток

д) фронтальный и боковой отделы

112. Рентгенологическая картина первичного рака нижней челюсти

характеризуется

а) истончением кортикального слоя кости,

множеством кистозных просветлений

б) деструкцией костной ткани с нечеткими контурами

и сохранением кортикальной пластинки

в) разволокнением кортикального слоя,

пятнистоочаговым "ватным" рисунком,

преобладанием костеобразования

г) деструкцией костной ткани без четких границ

по типу "тающего сахара", разволокнением кортикального слоя

д) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения

и разрежения картиной "матового стекла"

113. Основным клиническим симптомом первичного рака нижней челюсти

является

а) гиперсаливация

б) обнажение кости

в) подвижность интактных зубов

г) парез мимической мускулатуры

д) эрозия, язва с инфильтрированными краями

114. Основным методом лечения рака нижней челюсти является

а) химиотерапия

б) лучевая терапия

в) операция Крайля

г) комбинированное лечение

д) половинная резекция челюсти

115. Вторичный рак нижней челюсти развивается

а) из эпителия

б) из нервной ткани

в) из лимфатической ткани

г) из соединительной ткани

д) из эпителия островков Малассе

116. Первичный рак нижней челюсти развивается

а) из эпителия

б) из нервной ткани

в) из лимфатической ткани

г) из соединительной ткани

д) из эпителия островков Малассе

117. Рак нижней губы на ранних стадиях метастазирует

а) в шейные лимфатические узлы

б) в глубокие шейные лимфатические узлы

в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы

г) в легкие и кости гематогенным путем

д) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы

е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

118. Рак нижней губы на поздних стадиях метастазирует

а) в шейные лимфатические узлы

б) в глубокие шейные лимфатические узлы

в) в подбородочные лимфатические узлы

г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы

д) в легкие и кости гематогенным путем

е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

119. Рак верхней губы на ранних стадиях метастазирует

а) в шейные лимфатические узлы

б) в глубокие шейные лимфатические узлы

в) в подбородочные лимфатические узлы

г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы

д) в легкие и кости гематогенным путем

е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

120. Рак задней трети языка на ранних стадиях метастазирует

а) в шейные лимфатические узлы

б) в глубокие шейные лимфатические узлы

в) в подбородочные лимфатические узлы

г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы

д) в легкие и кости гематогенным путем

е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

121. Рак переднего отдела дна полости рта на ранних стадиях метастазирует

а) в шейные лимфатические узлы

б) в глубокие шейные лимфатические узлы

в) в подбородочные лимфатические узлы

г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы

д) в легкие и кости гематогенным путем

е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

122. Рак заднего отдела дна полости рта на ранних стадиях метастазирует

а) в шейные лимфатические узлы

б) в глубокие шейные лимфатические узлы

в) в подбородочные лимфатические узлы

г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы

д) в легкие и кости гематогенным путем

е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

123. Рак околоушной слюнной железы на ранних стадиях метастазирует

а) в шейные лимфатические узлы

б) в глубокие шейные лимфатические узлы

в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы

г) в легкие и кости гематогенным путем

д) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

е) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы

124. Аденокистозная карцинома околоушной слюнной железы

на ранних стадиях метастазирует

а) в шейные лимфатические узлы

б) в глубокие шейные лимфатические узлы

в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы

г) в легкие и кости гематогенным путем

д) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

е) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы

125. Рак нижней челюсти на ранних стадиях метастазирует

а) в шейные лимфатические узлы

б) в глубокие шейные лимфатические узлы

в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы

г) в легкие и кости гематогенным путем

д) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

е) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы

126. Рак верхней челюсти на ранних стадиях метастазирует

а) в шейные лимфатические узлы

б) в глубокие шейные лимфатические узлы

в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы

г) в легкие и кости гематогенным путем

д) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

е) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы

127. Остеогенная саркома челюстей метастазирует

а) в шейные лимфатические узлы

б) в глубокие шейные лимфатические узлы

в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы

г) в легкие и кости гематогенным путем

д) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

е) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы

128. Цель операции на путях лимфооттока при раке слизистой дна полости рта

заключается в профилактике метастазирования

а) во внутренние органы

б) в отдаленные лимфоузлы

в) в регионарные лимфоузлы

Раздел 11

ОПУХОЛЕВОПОДОБНЫЕ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ГОЛОВЫ И ШЕИ

001. Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются

а) врожденными

б) одонтогенными

в) травматическими

г) онкологическими

д) воспалительными

002. Боковая киста шеи локализуется

а) по средней линии шеи

б) в подподбородочной области

в) в поднижнечелюстной области

г) по переднему краю m.trapesius

д) в средней трети шеи, по переднему краю m.sternoclaidomastoideus

003. Срединная киста шеи локализуется

а) по средней линии шеи

б) над щитовидным хрящом

в) в области яремной вырезки

г) в поднижнечелюстной области

д) по переднему краю m.trapesius

004. Внутреннее отверстие бокового свища шеи открывается

а) в носоглотке

б) в щечной области

в) в подъязычной области

г) в поднижнечелюстной области

д) в области верхнего полюса миндалины

005. Наружное отверстие бокового свища шеи располагается

а) в носоглотке

б) в щечной области

в) в подъязычной области

г) в области корня языка

д) в поднижнечелюстной области

006. Внутреннее отверстие срединного свища шеи открывается

а) в носоглотке

б) в щечной области

в) в подъязычной области

г) в поднижнечелюстной области

д) в области слепого отверстия корня языка

007. Наружное отверстие срединного свища шеи располагается

а) в щечной области

б) в подъязычной области

в) в области корня языка

г) в поднижнечелюстной области

д) в области подъязычной кости по средней линии шеи

008. Для подтверждения диагноза "боковая киста шеи"

проводится исследование

а) биохимическое

б) цитологическое

в) радиоизотопное

г) реакция Вассермана

д) динамики тимоловой пробы

009. Для подтверждения диагноза "боковой свищ шеи"

проводится исследование

а) цитологическое

б) радиоизотопное

в) реакция Вассермана

г) динамики тимоловой пробы

д) контрастная фистулография

010. Основным клиническим симптомом врожденной кисты шеи

является наличие

а) уплотнения кожи на шее

б) повышение температуры тела

в) болей спастического характера

г) положительной тимоловой пробы

д) новообразования округлой формы

011. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид

а) гноя

б) лимфы

в) крови

г) мутной жидкости

д) прозрачной опалесцирующей жидкости

012. Основным методом лечения врожденных кист и свищей шеи является

а) криотерапия

б) химиотерапия

в) лучевая терапия

г) динамическое наблюдение

д) оперативное вмешательство

013. При иссечении срединного свища шеи необходимо резецировать

а) щитовидный хрящ

б) небную миндалину

в) участок подъязычной кости

г) подчелюстную слюнную железу

д) проток подчелюстной слюнной железы

014. Основным методом лечения врожденных свищей шеи является

а) их перевязка

б) их иссечение

в) из прошивание

г) их криодеструкция

д) их склерозирование

015. Боковой свищ шеи располагается в области

а) щитовидной артерии

б) общей сонной артерии

в) лицевой артерии и вены

г) лицевой вены и верхней щитовидной артерии

д) внутренней яремной вены и наружной сонной артерии

016. Боковая киста шеи располагается

а) над щитовидной артерией

б) над лицевой артерией и веной

в) над подключичной артерией и веной

г) над бифуркацией общей сонной артерии

д) над лицевой веной и верхней щитовидной артерией

017. Типичным оперативным доступом для удаления боковой кисты шеи

является разрез

а) в надключичной области

б) по переднему краю m.trapesius

в) по переднему краю жевательной мышцы

г) горизонтально по верхней шейной складке

018. Наиболее грозным осложнением во время удаления боковой кисты шеи

является

а) парез лицевого нерва

б) перелом подъязычной области

в) повреждение крупных сосудов шеи

г) травма околоушной слюнной железы

019. Наиболее грозным осложнением

после удаления срединных свищей шеи (реже кист) является

а) парез лицевого нерва

б) парез голосовых связок

в) перелом подъязычной области

г) травма околоушной слюнной железы

д) стеноз верхних дыхательных путей

020. В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей

развивается

а) кератокиста

б) радикулярная киста

в) фолликулярная киста

г) нозоальвеолярная киста

д) киста резцового канала

021. В результате нарушения развития эмалевого органа в челюстных костях

развивается

а) кератокиста

б) радикулярная киста

в) фолликулярная киста

г) нозоальвеолярная киста

д) киста резцового канала

022. Основным клиническим проявлением кисты челюсти является

а) боль

б) симптом Венсена

в) нарушение глотания

г) плотное обызвествленное образование

д) безболезненная деформация в виде вздутия

023. Для рентгенологической картины радикулярной кисты

характерна деструкция костной ткани

а) в виде "тающего сахара"

б) с нечеткими границами в области образования

в) в виде нескольких полостей с четкими контурами

г) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

024. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать

а) с одонтомой

б) с цементомой

в) с амелобластомой

г) с твердой одонтомой

д) с репаративной гранулемой

025. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать

а) с одонтомой

б) с цементомой

в) с твердой одонтомой

г) с радикулярной кистой

д) с репаративной гранулемой

026. Для рентгенологической картины фолликулярной кисты

характерна деструкция костной ткани

а) в виде "тающего сахара"

б) с четкими границами и тенью зуба в полости

в) с нечеткими границами в области образования

г) в виде нескольких полостей с четкими контурами

д) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

027. Пунктат радикулярной кисты вне воспаления имеет вид

а) лимфы

б) крови

в) мутной жидкости

г) холестеотомных масс

д) прозрачной жидкости с кристаллами холестерина

028. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является

а) цистэктомия

б) криодеструкция

в) склерозирование

г) частичная резекция челюсти

д) половинная резекция челюсти

029. Основным методом лечения кист челюстей большого размера является

а) цистотомия

б) цистэктомия

в) криодеструкция

г) частичная резекция челюсти

д) половинная резекция челюсти

030. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является

а) прорастание кисты в полость носа

б) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху

в) небольшие размеры в (до 3-х зубов в полости)

г) большие размеры в (до 3-х зубов в полости)

д) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

031. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является

а) прорастание кисты в полость носа

б) одиночная киста с одним корнем в полости

в) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху

г) большие размеры в (до 3-х зубов в полости)

д) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

032. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если

а) прорастает в верхнечелюстную пазуху

б) она имеет небольшие размеры (до 3-х зубов в полости)

в) в полости ее находятся корни нескольких интактных зубов

033. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если

а) прорастает в полость носа

б) прорастает в верхнечелюстную пазуху

в) она имеет небольшие размеры (до 3-х зубов в полости)

034. Ороназальная цистотомия проводится при радикулярных кистах

а) оттеснивших полость носа

б) нижней челюсти больших размеров

в) оттеснивших верхнечелюстную пазуху

г) прорастающих в верхнечелюстную пазуху

035. Ороназальная цистотомия проводится при радикулярных кистах

а) оттеснивших полость носа

б) нижней челюсти больших размеров

в) оттеснивших верхнечелюстную пазуху

г) прорастающих в верхнечелюстную пазуху,

в полости которой находится несколько интактных зубов

036. Местным отдаленным осложнением цистэктомии является

а) миозит

б) рецидив

в) панкреатит

г) инфаркт миокарда

037. Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти является

а) гематома

б) одонтогенная инфекция

в) длительность существования кисты

г) послеоперационное воспаление раны

д) не полностью удаленная оболочка кисты

038. Подготовка к операции цистэктомии включает пломбирование

а) "причинного" зуба

б) всех зубов челюсти

в) зубов-антагонистов

г) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты

039. Подготовка к операции цистотомии включает пломбирование

а) "причинного" зуба

б) всех зубов челюсти

в) зубов-антагонистов

г) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты

040. Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти после цистотомии

является

а) гематома

б) длительность существования кисты

в) послеоперационное воспаление раны

г) не полностью удаленная оболочка кисты

д) раннее закрытие трепанационного отверстия

041. Двухэтапная цистэктомия на верхней челюсти проводится,

когда киста больших размеров

а) прорастает поднадкостнично

б) оттесняет верхнечелюстную пазуху

в) разрушает костное дно полости носа

г) располагается в области премоляров

042. Двухэтапная цистэктомия на нижней челюсти проводится,

когда киста больших размеров располагается в области

а) клыков

б) моляров

в) премоляров

г) тела и ветви

д) мыщелкового отростка

043. Неодонтогенное происхождение имеет киста

а) кератокиста

б) радикулярная

в) фолликулярная

г) носо-небного канала

044. Неодонтогенное происхождение имеет киста

а) кератокиста

б) радикулярная

в) фолликулярная

г) шаровидно-верхнечелюстная

045. Неодонтогенное происхождение имеет киста

а) носо-губная

б) кератокиста

в) радикулярная

г) фолликулярная

046. Основным методом лечения неодонтогенных кист челюстей является

а) цистотомия

б) цистэктомия

в) криодеструкция

г) частичная резекция челюсти

д) половинная резекция челюсти

047. Причина развития неодонтогенных кист челюстей связана с нарушением

а) эмбриогенеза лица

б) формирования корня зуба

в) формирования зачатка зуба

г) развития зубного фолликула

048. При оперативном лечении радикулярных кист челюстей

"причинному" зубу производят

а) гемисекцию

б) пломбирование канала

в) эндодентальный электрофорез

г) резекцию верхушки корня после пломбирования канала

049. К истинным опухолям из фиброзной ткани относятся

а) эпулис

б) твердую фиброму

в) фиброматоз десен

050. Фиброма - это

а) опухоль слизистой полости рта на ножке

б) опухоль, состоящая из зрелой волокнистой соединительной ткани

в) опухоль, состоящая из жировой ткани

г) опухоль слизистой полости рта на широком основании

д) опухоль, представленная разрастанием сосудистой ткани

051. Различают

а) плотную фиброму

б) мягкую фиброму

в) смешанную фиброму

г) твердую фиброму

д) слизистую фиброму

052. Фиброма, в основном веществе которой произошло

слизистое перерождение, называется

а) кистофибромой

б) фибромиксомой

в) ангиофибромой

г) фиброгранулемой

053. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят

а) эпулис

б) мягкую фиброму

в) фиброматоз десен

054. Для твердой фибромы характерно наличие в ней

а) незрелой фиброзной ткани

б) зрелой фиброзной ткани, бедной коллагеном

в) зрелой, богатой коллагеном фиброзной ткани

055. Для мягкой фибромы характерно наличие в ней

а) зрелой жировой ткани

б) зрелой фиброзной ткани

в) зрелой жировой и фиброзной ткани

056. Твердая и мягкая фиброма чаще локализуется на слизистой оболочке

а) щек

б) губы

в) дна полости рта

057. Твердая и мягкая фиброма чаще локализуется на слизистой оболочке

а) губы

б) дна полости рта

в) задней трети языка

058. Клиническая форма - это опухоль округлой формы

а) на ножке

б) на широком основании

в) на инфильтрированном основании

059. Основным методом лечения фибром является

а) химиотерапия

б) лучевая терапия

в) комбинированное

г) иссечение в пределах здоровых тканей

060. Фиброматоз десен - это

а) диффузное разрастание грубоволокнистой соединительной ткани десны

б) мягкотканное образование, связанное с альвеолярным краем челюсти

при помощи ножки

в) врожденные опухоли, состоящие из лимфатических сосудов

г) опухоль, состоящая из кровеносных сосудов

д) фиброма, расположенная на альвеолярном отростке нижней челюсти

е) увеличение межзубных сосочков в период беременности у женщин

061. Фиброматоз относится

а) к истинным опухолям

б) к опухолеподобным образованиям

062. Фиброматоз развивается в результате

а) вредных привычек

б) нарушения эмбриогенеза

в) хронического механического раздражения

063. Фиброматоз чаще локализуется на слизистой оболочке

а) щек

б) верхней губы

в) дна полости рта

г) переходной складки с вестибулярной стороны

064. Основным методом лечения фиброматоза является

а) химиотерапия

б) лучевая терапия

в) комбинированное

г) иссечение новообразования вместе с надкостницей

065. Фибромы, расположенные одновременно с двух сторон

в области небной поверхности десен

на уровне третьих больших коренных зубов, называются

а) фиброматоз десен

б) двойные фибромы

в) симметричные фибромы

г) эпулис

д) дублирующие фибромы

066. Фиброматоз десен относится

а) доброкачественной опухоли

б) злокачественной опухоли

067. При фиброме полости рта используется

а) хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей

б) прижигание разрастаний

в) электрохирургическое иссечение

г) криодеструкция

д) лучевая терапия

068. Липомы - это

а) опухоль, состоящая из жировой ткани

б) опухоль, состоящая из мышечной ткани

в) опухоль, состоящая из кровеносных сосудов

г) опухоль, состоящая из элементов кожи

д) опухоль, состоящая из хрящевой ткани

069. Липома может встретиться

а) на щеке

б) в области языка

в) в области неба

г) на деснах

070. Липома состоит из жировой ткани

а) зрелой

б) незрелой

в) незрелой и зрелой

071. Чаще всего липома локализуется

а) в щечной области

б) в лобной области

в) в височной области

г) в околоушной-жевательной области

072. Может ли располагаться липома под слизистой оболочкой полости рта?

а) да

б) нет

073. Дифференциальную диагностику при постановке диагноза

"липома дна полости рта" необходимо проводить

а) с папилломой

б) с радикулярной кистой

в) с фибросаркомой

г) с ангиосаркомой

д) с кератоакантомой

074. Дифференциальную диагностику при липоме шеи необходимо проводить

а) с срединной кистой, папилломой

б) с боковой кистой, хеодектомой

в) с атеромой, фибромой

г) с узловым зобом, остеомой

д) с гемангиомой

075. Основным методом лечения липомы является

а) химиотерапия

б) криодеструкция

в) комбинированное

г) лучевая терапия

д) иссечение вместе с капсулой

076. При липоме дна полости рта используется

а) хирургический вид лечения

б) химиотерапия

в) лучевая терапия

г) консервативное лечение

д) комбинированное лечение

077. Клиническими проявлениями болезни Маделунга являются

а) избыточное отложение жировой клетчатки в подбородочной области,

короткая шея, слабоумие, поражение органов зрения

б) избыточное отложение жировой клетчатки

в области затылочных бугров, шеи, плечевого пояса, в области лобка

в) общее ожирение, одышка, злоупотребление алкоголем,

нарушение жирового обмена

078. При болезни Маделунга используется

а) хирургическое лечение

б) консервативное лечение

в) лучевая терапия

г) химиотерапия

д) комбинированное лечение

079. При липоме шеи используется

а) хирургическое лечение

б) лучевая терапия

в) комбинированное лечение

г) химиотерапия

080. Липоматоз - это

а) опухоль жировой ткани шеи,

развивающаяся из эмбриональных остатков бурого жира

б) опухоль шеи, расположенная в проекции бифуркации сонной артерии

в) опухоль жировой ткани шеи гантелеобразной формы

г) опухоль жировой ткани шеи,

расположенная в подподбородочной области

д) опухоль жировой ткани, расположенная в области затылочных бугров

081. Предраки - это

а) изъязвляющиеся воспалительные инфильтраты

б) дистрофические, нестойкие пролифераты не ставшие опухолью

в) доброкачественные новообразования с явлениями воспаления

г) острые язвенно-некротические процессы мягких тканей лица

082. К облигатным предракам относятся

а) лейкоплакия

б) папиллома

в) хейлит Манганотти

г) кожный рог

д) лучевой стоматит

083. К факультативным предракам относятся

а) лейкоплакия

б) бородавчатый предрак

в) хейлит Манганотти

г) кожный рог

д) ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ

084. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака

являются

а) вторичная адентия

б) острые воспалительные процессы мягких тканей лица

в) хроническая травма слизистой оболочки полости рта

г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

085. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака

являются

а) вторичная адентия

б) профессиональные вредности

в) острые воспалительные процессы мягких тканей лица

г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

086. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака

являются

а) вредные привычки

б) вторичная адентия

в) острые воспалительные процессы мягких тканей лица

г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

087. Для морфологической картины предрака характерно отсутствие

а) гиперкератоза

б) гиперхроматоза ядер

в) атипического ороговения

г) инвазии в подэпителиальные ткани

088. К предраковым заболеваниям кожи лица относятся

а) рожистое воспаление

б) термический и химические ожоги

в) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз,

хейлит Манганотти

г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз,

предраковый меланоз

089. Для морфологической картины предрака характерно наличие

а) атипического ороговения

б) обызвествления миоцитов

в) воспалительного инфильтрата

г) инвазии в подэпителиальные ткани

090. Для морфологической картины предрака характерно наличие

а) гиперхроматоза ядер

б) обызвествления миоцитов

в) воспалительного инфильтрата

г) вторичного казеозного некроза

д) инвазии в подэпителиальные ткани

091. Для морфологической картины предрака характерно наличие

а) гиперкератоза

б) обызвествления миоцитов

в) воспалительного инфильтрата

г) вторичного казеозного некроза

д) инвазии в подэпителиальные ткани

092. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся

а) рожистое воспаление

б) термический и химические ожоги

в) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз,

хейлит Манганотти

г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз,

предраковый меланоз

д) эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай,

подслизистый фиброз

093. К предраковым заболеваниям красной каймы губ относятся

а) рожистое воспаление

б) термический и химические ожоги

в) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз,

хейлит Манганотти

г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз,

предраковый меланоз

д) эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай,

подслизистый фиброз

094. Клиническая картина болезни Боуэна характеризуется наличием

а) 2-3-х эрозий без тенденции к кровоточивости и эпителизации

б) эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей

в) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками,

"географический" рисунок

г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими,

плотно сидящими чешуйками

д) болезненного узла с бугристой поверхностью,

возвышающегося над эпителием на 3-5 мм

095. Основным методом лечения болезни Боуэна является

а) химиотерапия

б) хирургический

в) комбинированное

г) лучевая терапия

д) иссечение вместе с капсулой

096. Основным методом лечения болезни Боуэна является

а) химиотерапия

б) криодеструкция

в) комбинированное

г) лучевая терапия

д) иссечение вместе с капсулой

097. Клиническая картина бородавчатого предрака красной каймы губ

характеризуется наличием

а) 2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

б) эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей

в) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками,

"географический" рисунок

г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими,

плотно сидящими чешуйками

д) болезненного узла с бугристой поверхностью,

возвышающегося над эпителием на 3-5 мм

098. Клиническая картина предракового гиперкератоза

характеризуется наличием

а) 2-3-х эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

б) эрозивной поверхностью с инфильтрацией подлежащих тканей

в) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками,

"географический" рисунок

г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими,

плотно сидящими чешуйками

д) болезненного узла с бугристой поверхностью,

возвышающегося над эпителием на 3-5 мм

099. Клиническая картина хейлита Манганотти характеризуется наличием

а) 2-3-х эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

б) эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей

в) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками,

"географический" рисунок

г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими,

плотно сидящими чешуйками

д) болезненного узла с бугристой поверхностью,

возвышающегося над эпителием на 3-5 мм

100. Клиническая картина хейлита Манганотти

а) 2-3-х эрозии на красной кайме губ, кровоточивость и их эпителизация,

боли, слабо выраженный воспалительный инфильтрат

б) болезненный узел с бугристой поверхностью, сильная боль,

воспалительный инфильтрат

в) пятно застойно красного цвета на слизистой оболочке,

бархатистая поверхность, 1-2 западающих очагов поражения,

длительное течение, безболезненно

г) бессимптомно

д) сосочковое разрастание с большим количеством сосудов,

напоминает цветную капусту, на тонкой ножке, мягкой консистенции

101. Картина лучевого стоматита

а) пятно застойно красного цвета на слизистой оболочке

с бархатистой поверхностью, 1-2 очага с западением тканей,

длительное течение, безболезненно

б) 2-3 эрозии на красной кайме губ, кровоточивость, выраженная боль,

воспалительный инфильтрат

в) безсимптомно

г) сухость во рту, жжение языка, гиперемия слизистой и ее отечность,

складки и мутность слизистой оболочки,

очаговый пленчатый радиомукозит

д) болезненный узел с бугристой поверхностью, сильные боли,

воспалительный инфильтрат, гиперемия слизистой и ее ороговение

102. Видом лечения предраковых заболеваний является

а) физиолечение

б) хирургическое (иссечение в пределах здоровой ткани)

в) комбинированное (хирургическое + облучение)

г) лучевая терапия

д) магнитотерапия

103. Наиболее часто озлокачествляется

а) лейкоплакия

б) хейлит Манганотти

в) хронические трещины губ

г) ограниченный предраковый гиперкератоз

д) болезнь Боуэна

104. Основным методом лечения бородавчатого предрака красной каймы губ

является

а) иссечение

б) мануальный

в) химиотерапия

г) комбинированное

д) лучевая терапия

105. Основным методом лечения ограниченного предракового гиперкератоза

красной каймы губ является

а) химиотерапия

б) криодеструкция

в) комбинированное

г) лучевая терапия

д) иссечение вместе с капсулой

106. Основным методом лечения

абразивного преканцерозного хейлита Манганотти является

а) химиотерапия

б) криодеструкция

в) лучевая терапия

г) комбинированное

д) иссечение вместе с капсулой

107. Периферическая гигантоклеточная гранулема - это

а) костная опухоль

б) мягкотканная опухоль

в) опухолеподобное образование

г) истинная одонтогенная опухоль

108. Основным этиологическим фактором

в развитии периферической гигантоклеточной гранулемы является

а) рецидив кисты

б) острый пульпит

в) перелом челюсти

г) хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка

109. Основным этиологическим фактором

развития периферической гигантоклеточной гранулемы

является хроническая травма

а) языка

б) десны

в) челюсти

г) нижнего носового хода

110. Клиническая картина фиброзного эпулиса характеризуется

а) ограниченным участком ороговения десны

б) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны

в) плотным безболезненным образованием на широком основании

г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

111. Клиническая картина ангиоматозного эпулиса характеризуется

а) ограниченным участком ороговения десны

б) рыхлым безболезненным кровоточащим образованием

десны красного цвета

в) плотным безболезненным образованием на широком основании

г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

112. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы

характеризуется

а) ограниченным участком ороговения десны

б) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны

в) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

г) синюшно-бурым бугристом образованием

на десне мягкой консистенции

д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

113. Рентгенологическая картина фиброзного эпулиса характеризуется

а) наличием костных изменений в области эпулиса

б) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении

в) отсутствием костных изменеений в области эпулиса

г) очаговой деструкцией губчатого вещества челюсти на всем пртяжении

д) очаговой деструкцией губчатого вещества челюсти

в области соседних зубов

114. Основным методом лечения фиброзного эпулиса является

а) химиотерапия

б) криодеструкция

в) лучевая терапия

г) комбинированное

д) иссечение новообразования

115. Радикулярная киста - это

а) одонтогенная киста,

развивающаяся в непосредственной связи с корнями зуба

б) любой очаг деструкции костной ткани челюсти

в пределах зубного ряда

в) участок костной ткани повышенной плотности,

связанной с корнями зубов

116. Оболочка кисты представлена

а) соединительной тканью

б) эпителиальной тканью

в) соединительной и эпителиальной тканью

г) хрящевой и эпителиальной тканью

д) соединительной и хрящевой тканью

117. Для радикулярной кисты характерен такой вид пунктата как

а) бурая жидкость

б) ярко-красная жидкость

в) желтого цвета жидкость, с блесками холестерина

г) отсутствие жидкости в пунктате

д) густая молочного цвета жидкость

118. К методам лечения радикулярных кист относится

а) цистотомия

б) цистэктомия

в) резекция челюсти в пределах здоровых тканей

г) лучевая терапия

д) комбинированное лечение

119. Фолликулярная киста - это

а) одонтогенная киста, характеризующаяся наличием в просвете кисты

рудиментарных или коронковых частей зуба

б) киста челюсти в период смены прикуса

в) киста челюсти при полной ее адентии

г) киста челюсти в области резцового канала

д) киста верхней челюсти, проникающая в верхнечелюстную пазуху

120. Природа образования фолликулярных кист

а) воспалительная

б) опухолевая

в) смешанная

г) травматическая

121. При фолликулярных кистах используется

а) оперативное лечение

б) лучевая терапия

в) комбинированное лечение

г) медикаментозное лечение

122. Амелобластома - это

а) одонтогенная эпителиальная опухоль

б) собирательное понятие,

характеризующее наличие в кости очагов деструкции

в) злокачественное поражение челюстных костей

г) врожденный порок развития челюстных костей

123. Амелобластома относится к группе

а) предраков

б) воспалительных заболеваний

в) опухолеподобных образований

г) злокачественных одонтогенных опухолей

д) доброкачественных одонтогенных опухолей

124. Клиническая картина амелобластомы характеризуется

а) болезненным дефектом костной ткани челюсти

б) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия

в) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны

г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

125. Симптомами амелобластомы являются

а) адамантинома

б) болезнь Педжета

в) болезнь Реклингаузена

г) синдром Олбриджа

д) поликистома

126. Формы амелобластом

а) кистозная

б) солидная

в) литическая

г) смешанная

д) ячеиста

127. Дифференциальную диагностику при подозрении на амелобластому

необходимо проводить

а) со злокачественной опухолью

б) с фиброзной остеодисплазией

в) с остеодистрофией

г) с остеоид-остеомой

128. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется

а) костными изменениями типа "тающего сахара"

б) костными изменениями типа "матового стекла"

в) деструкцией кости в виде множественных очагов

г) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении

разрежения с четкими границами,

разделенными костными перегородками

д) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти

на всем протяжении

129. Окончательный диагноз "амелобластома" ставится на основании данных

а) опроса

б) цитологии

в) гистологии

г) анализов крови

д) клинико-рентгенологического исследования

130. Амелобластому следует дифференцировать

а) с хондромой

б) с одонтомой

в) с цементомой

г) с пародонтитом

д) с радикулярной кистой

131. Основным методом лечения амелобластомы является

а) цистэктомия

б) химиотерапия

в) лучевая терапия

г) резекция челюсти

д) выскабливание оболочки новообразования

132. При амелобластоме используется

а) резекция челюсти, отступя от видимых границ опухоли на 1.0 см

б) выскабливание опухоли

в) лучевая терапия

г) комбинированное лечение

133. Основным методом лечения амелобластомы у лиц пожилого возраста

или с тяжелой сопутствующей патологией является

а) химиотерапия

б) лучевая терапия

в) резекция челюсти

г) декомпрессионная цистотомия

д) выскабливание оболочки новообразования

134. Одонтома - это

а) доброкачественная опухоль,

состоящая из низкодифференцированных зубных тканей

или петрифицированных высокодифференцированных зубных структур

б) доброкачественная опухоль,

состоящая из соединительной ткани и остатков зубов

в) злокачественная опухоль нижней челюсти

г) один из пороков развития корней зубов

135. Существуют следующие виды одонтом

а) мягкая

б) твердая

в) соединительная

г) фиброзная

д) хрящевая

136. Мягкая одонтома относится к группе

а) предраков

б) воспалительных заболеваний

в) опухолеподобных образований

г) злокачественных одонтогенных опухолей

д) доброкачественных одонтогенных опухолей

137. Наиболее часто мягкая одонтома локализуется в области

а) нижних моляров

б) верхних моляров

в) нижних премоляров

г) резцов нижней челюсти

д) резцов верхней челюсти

138. Клиническая картина мягкой одонтомы характеризуется

а) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия

б) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны

в) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

г) плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов

д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

139. Окончательный диагноз "мягкая одонтома" ставится на основании данных

а) опроса

б) цитологии

в) гистологии

г) анализов крови

д) клинико-рентгенологического исследования

140. Мягкую одонтому следует дифференцировать

а) с гемангиомой

б) с пародонтитом

в) с амелобластомой

г) с полиморфной аденомой

д) с остеомиелитом челюсти

141. Мягкую одонтому следует дифференцировать

а) с гемангиомой

б) с пародонтитом

в) с полиморфной аденомой

г) с остеомиелитом челюсти

д) с гигантоклеточной опухолью

142. Мягкую одонтому следует дифференцировать

а) с миксомой

б) с пародонтитом

в) с гемангиомой

г) с полиморфной аденомой

д) с остеомиелитом челюсти

143. Основным методом лечения мягкой одонтомы является

а) цистэктомия

б) химиотерапия

в) лучевая терапия

г) резекция челюсти

д) выскабливание оболочки новообразования

144. Синоним мягкой одонтомы

а) цилиндрома

б) амелобластома

в) фиброзная бластома

г) амелобластическая киста

д) амелобластическая фиброма

145. Рентгенологическая картина амелобластической фибромы характеризуется

а) костными изменениями типа "тающего сахара"

б) костными изменениями типа "матового стекла"

в) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении

г) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти

на всем протяжении

д) кистозном очагом с четкими границами,

в котором содержатся элементы зубных тканей

146. Мягкая одонтома склонна к озлокачествлению с перерождением

а) в остеосаркому

б) в лимфосаркому

в) в рак слизистой дна полости рта

г) в амелобластическую фибросаркому

147. Особенностью амелобластомы является способность

а) к инвазивному росту

б) к неинвазивному росту

в) к метастазированию в отдаленные лимфоузлы

г) к метастазированию в регионарные лимфоузлы

148. Одонтома относится к группе

а) воспалительных заболеваний

б) опухолеподобных образований

в) пороков развития зубных тканей

г) злокачественных одонтогенных опухолей

д) доброкачественных одонтогенных опухолей

149. Гистологическое строение сложной одонтомы характеризуется

а) отдельными зубоподобными структурами

б) пролиферирующим одонтогенным эпителием

в) разной степени минерализованной цементоподобной тканью

г) тонкой фиброзной капсулой,

выстланной ороговевающим плоским эпителием

д) обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично,

образующими единый конгломерат

150. Гистологическое строение составной одонтомы характеризуется

а) пролиферирующим одонтогенным эпителием

б) разной степени минерализованной цементоподобной тканью

в) отдельными зубоподобными структурами

представляющими все ткани зуба

г) тонкой фиброзной капсулой,

выстланной ороговевающим плоским эпителием

д) обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично,

образующими единый конгломерат

151. Клиническая картина сложной и составной одонтомы характеризуется

а) свищами на коже

б) контрактурой челюстей

в) бессимптомным течением

г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

д) периодическими воспалительными реакциями в виде периостита

152. Рентгенологическая картина сложной и составной одонтомы

характеризуется

а) отсутствием костных изменений в области одонтомы

б) ограниченной гомогенной тенью плотности коронки зуба

в) резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти

г) очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти

153. Основным показанием для удаления сложной и составной одонтомы

является

а) большие размеры

б) отдаленные метастазы

в) наличие клинических проявлений

г) метастазы в регионарные лимфоузлы

154. Основным методом лечения сложной и составной одонтомы является

а) химиотерапия

б) комбинированное лечение

в) блок-резекция челюсти

г) выскабливание опухоли

д) удаление новообразования

155. Выберите из перечисленных ниже синонимы остеобластокластомы

а) гигантоклеточная опухоль

б) бурая опухоль

в) кожный рог

г) адамантиома

д) киста челюсти

156. Остеобластокластома - это

а) доброкачественная опухоль челюстей, состоящая из двух видов клеток:

остеобластов и остеокластов

б) название процесса в челюсти,

сопровождающееся резорбцией костой ткани

в) название процесса в челюсти,

сопровождающееся продукцией костной ткани

г) собирательное понятие,

характеризующее деструктивные процессы в челюстях

157. Гигантоклеточная опухоль относится к группе

а) истинных опухолей

б) опухолеподобных образований

в) пороков развития зубных тканей

г) злокачественных одонтогенных опухолей

д) доброкачественных одонтогенных опухолей

158. Гистологическое строение гигантоклеточной опухоли характеризуется

а) отдельными зубоподобными структурами

б) пролиферирующим одонтогенным эпителием

в) тонкой фиброзной капсулой,

выстланной ороговевающим плоским эпителием

г) богато васкуляризированной тканью,

состоящей из веретенообразных и гигантских клеток

д) обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично,

образующими единый конгломерат

159. Существуют виды остеобластокластом

а) центральная

б) периферическая

в) врожденная

г) приобретенная

д) простая

е) сложная

160. Клинико-рентгенологическими формами остебластокластом являются

а) кистозная

б) литическая

в) ячеистая

г) все перечисленные выше

161. Рентгенологическая картина гигантоклеточной опухоли

характеризуется разновидностями

а) полиморфной, мономорфной

б) ячеистой, кистозной, литической

в) субпериостальной, периапикальной

г) пролиферативной, костеобразующей

162. Клиническая картина гигантоклеточной опухоли характеризуется

а) рубцовой контрактурой

б) бессимптомным течением

в) периодическими воспалительными реакциями в виде периостита

г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

д) плотным безболезненным бугристым выбуханием кости,

подвижностью зубов в этой области

163. Наблюдаются ли при остеобластокластоме рассасывание корней зубов?

а) да

б) нет

164. Какой из перечисленных видов пунктата из опухоли

будет говорить в пользу остеобластокластомы?

а) жидкость бурого цвета

б) жидкость янтарно-желтого цвета

в) жидкость ярко-красного цвета

г) отсутствие жидкости в пунктате

165. Окончательный диагноз "гигантоклеточная опухоль"

ставится на основании данных

а) опроса

б) цитологии

в) гистологии

г) анализов крови

д) клинико-рентгенологических исследований

166. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является

а) химиотерапия

б) криодеструкция

в) комбинированное лечение

г) выскабливание опухоли

д) удаление опухоли в пределах здоровых тканей

167. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является

а) химиотерапия

б) криодеструкция

в) комбинированное лечение

г) выскабливание опухоли

д) блок-резекция челюсти

168. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли больших размеров

является

а) химиотерапия

б) криодеструкция

в) комбинированное лечение

г) резекция челюсти

д) выскабливание опухоли

169. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли больших размером

является

а) химиотерапия

б) блок-резекция челюсти

в) выскабливание опухоли

г) декомпрессионная цистотомия

д) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

170. Видом лечения,

используемым при периферическом виде остебластокластомы, является

а) резекция альвеолярного отростка челюсти

вместе с одним или двумя зубами

б) удаление опухоли в пределах здоровых тканей без удаления зубов

в) удаление опухоли в пределах слизистой оболочки

171. Видом лечения, используемым при центральном виде остеобластомы,

является

а) краевая резекция нижней челюсти с сохранением ее непрерывности

б) экскохлеация опухоли

в) резекция нижней челюсти,

отступая от видимых границ опухоли на 1.0 см,

с односторонней костной пластикой

г) лучевая терапия

д) комбинированное лечение

172. Особенностью гигантоклеточной опухоли является способность

а) к озлокачествлению

б) к неинвазивному росту

в) к метастазированию в отдаленные лимфоузлы

г) к метастазированию в регионарные лимфоузлы

173. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать

а) с пародонтитом

б) с ретенционной кистой

в) с полиморфной аденомой

г) с остеомиелитом челюсти

д) с амелобластической фибромой

174. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать

а) с миксомой

б) с пародонтитом

в) с ретенционной кистой

г) с полиморфной аденомой

д) с остеомиелитом челюсти

175. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать

а) с пародонтитом

б) с кистой челюсти

в) с ретенционной кистой

г) с полиморфной аденомой

д) с остеомиелитом челюсти

176. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать

а) с пародонтитом

б) с остеосаркомой

в) с ретенционной кистой

г) с полиморфной аденомой

д) с остеомиелитом челюсти

177. Синоним гигантоклеточной опухоли

а) цилиндрома

б) остеолизома

в) остеосаркома

г) остеокластома

д) ретенционная киста

178. Синоним гигантоклеточной опухоли

а) цилиндрома

б) серая опухоль

в) бурая опухоль

г) красная опухоль

д) ретенционная киста

179. Для рентгенологической картины

кистозной формы гигантоклеточной опухоли характерно

а) очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами

б) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками

в) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения,

рассасывание верхушек корней зубов

180. Для рентгенологической картины

ячеистой формы гигантоклеточной опухоли характерно

а) очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами

б) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками

в) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения,

рассасывание верхушек корней зубов

181. Для рентгенологической картины

ячеистой формы гигантоклеточной опухоли характерно

а) очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами

б) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками

в) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения,

рассасывание верхушек корней зубов

182. Эозинофильная гранулема - это

а) гиперпластический процесс в челюстях,

характеризующийся повышением пролиферативной способности

ретикуло-эндотелиальных элементов костного мозга

с наличием эозинофильных лейкоцитов

б) общее название гиперпластических процессов в челюстных костях

в) воспалительный процесс в челюстных костях,

сопровождающийся с резким повышением содержания

эозинофильных лейкоцитов в крови

г) процесс в челюстных костях, сопровождающийся резким уменьшением

содержания эозинофильных лейкоцитов в крови

183. Синонимами эозинофильной гранулемы являются

а) болезнь Педжета

б) болезнь Реклингаузена

в) болезнь Тыратынова

г) болезнь Микулича

д) болезнь Счегреса

184. Формы эозинофильной гранулемы

а) очаговая

б) диффузная

в) литическая

г) кистозная

д) ячеистая

185. Клиническая картина начальной стадии эозинофильной гранулемы

характеризуется

а) язвенным гингивитом, стоматитом

б) периодическими воспалительными реакциями в виде периостита

в) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

г) плотным безболезненным бугристом выбуханием участка кости,

подвижностью зубов

д) зудом и кровоточивостью десен, подвижностью интактных зубов,

атрофией десен, обнажением корней зубов

186. Среди клинических форм эозинофильной гранулемы различают

а) продуктивную, деструктивную

б) язвенную, язвенно-некротическую

в) ячеистую, кистозную, литическую

г) очаговую, диффузную, генерализованную

187. Диагноз эозинофильной гранулемы ставится на основании данных

а) опроса

б) цитологии

в) гистологии

г) анализов крови

д) клинико-рентгенологического исследования

188. Основным методом лечения очаговой формы эозинофильной гранулемы

является

а) химиотерапия

б) выскабливание опухоли

в) блок-резекция челюсти

г) декомпрессионная цистотомия

д) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

189. Основным методом лечения диффузной формы эозинофильной гранулемы

является

а) химиотерапия

б) выскабливание опухоли

в) блок-резекция челюсти

г) хирургическое и лучевая терапия

д) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

190. Эозинофильную гранулему дифференцируют

а) с остеосаркомой

б) с ретенционной кистой

в) с полиморфной аденомой

г) с остеомиелитом челюсти

д) с сосудистыми опухолями

191. Одонтогенная фиброма - это

а) опухоль, характеризующаяся наличием

остатков зубообразовательного эпителия

среди соединительнотканной массы опухоли

б) опухоль, состоящая из соединительной и эпителиальной ткани,

связанной с корнями зубов

в) опухоль, состоящая из соединительной ткани

г) другое название внутрикостной фибромы

192. При одонтогенной фиброме используется

а) тщательное вылущивание опухоли

б) резекция участков челюсти с пластикой

в) лучевая терапия

г) комбинированное лечение

193. Цементома - это

а) одонтогенная опухоль, построенная из ткани, подобной цементу зуба

б) опухоль около корня зуба, состоящая из соединительной ткани

в) эпителиальная опухоль в пределах зубного ряда

г) аномалии строения корней зубов

194. Из приведенных ниже рентгенологических картин

наиболее характерны для цементомы

а) округлая, овальная или неправильной формы однородная плотная ткань

вокруг корней одного из групп зубов

б) округлой формы участок разряжения костной ткани

около корней одного или группы зубов

в) поликистозное образование в кости,

расположенное около корней зубов

г) участок склероза костной ткани около корней зубов

195. При цементоме используется

а) хирургическое лечение

б) лучевая терапия

в) химиотерапия

г) комбинированное лечение

196. Хондрома - это

а) доброкачественная опухоль из хрящевой ткани

б) злокачественная опухоль из хрящевой ткани

197. Чаще поражается хондромой

а) верхняя челюсть

б) нижняя челюсть

198. Виды хондром

а) экхондрома

б) большая хондрома

в) малая хондрома

г) истинная хондрома

д) ложная хондрома

199. При хондромах проводится

а) хирургическое лечение

б) лучевая терапия

в) комбинированное лечение

200. Остесид-остеома - это

а) доброкачественная опухоль челюсти,

развивающаяся из костнообразующей соединительной ткани

б) название участка остеосклероза кости

в) начальная форма остебластокластомы

201. Рентгенологическая картина при остесид-остеоме

а) неправильно округлой формы очаг деструкции

в костной ткани челюсти с участком склероза вокруг

б) плотное, по сравнению с окружающей костью образование

с четкими границами

в) очаг деструкции костной ткани с четкими границами

202. При остесид-остеоме используется

а) удаление опухоли вместе со склеротическими участками кости

б) резекция нижней челюсти с одномоментной пластикой

в) лучевая терапия

г) комбинированное лечение

203. Остеома - это

а) доброкачественная опухоль

из зрелой сформированной костной ткани

б) участки склероза костной ткани

в) начальная форма остеобластокластомы

г) доброкачественная опухоль из соединительной ткани

204. Виды остеомы

а) компактная, губчатая

б) периферическая

в) ячеистая

г) кистозная

д) центральная

205. Фиброзная дисплазия - это

а) диспластический процесс в кости,

проявляющийся в детском и юношеском возрасте

б) истинная опухоль костей лицевого скелета

в) злокачественная опухоль челюстей

г) собирательное понятие

деструктивных процессов костей лицевого скелета

д) мало изученный порок развития кости

206. Виды фиброзной дисплазии

а) монооссальная, полиоссальная

б) центральная

в) периферическая

207. По характеру разрастания в кости фиброзная дисплазия бывает

а) очаговой

б) диффузной

в) локальной

г) центральной

д) периферической

208. Основным патогенетическим фактором в течении фиброзной дисплазии

является

а) рецидив кисты

б) острый пульпит

в) перелом челюсти

г) очаговое нарушение костеобразования

д) хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка

209. Нарушение обмена кальция и фосфора наблюдается

а) при переломе челюсти

б) при синдроме Олбрайта

в) при фиброзной дисплазии

г) при паратиреоидной дистрофии

д) при деформирующем остеите Педжета

210. Пигментация кожи, деформация костей лица, раннее половое созревание

характерно

а) при переломе челюсти

б) при синдроме Олбрайта

в) при фиброзной дисплазии

г) при паратиреоидной дистрофии

д) при деформирующем остеите Педжета

211. Симметричное утолщение углов и ветвей нижней челюсти характерно

а) при херувизме

б) при синдроме Олбрайта

в) при фиброзной дисплазии

г) при паратиреоидной дистрофии

д) при деформирующем остеите Педжета

212. Деформация одной кости лицевого скелета характерна

а) при херувизме

б) при синдроме Олбрайта

в) при фиброзной дисплазии

г) при паратиреоидной дистрофии

д) при деформирующем остеите Педжета

213. Деформирующая остеодистрофия - это

а) одна из разновидностей фиброзных остеодистрофий

б) вариант проявления гиперпаратиреоидной остеодистрофии

в) собирательное понятие деструктивных процессов в челюстях

214. Синонимами деформирующей остеодистрофии являются

а) болезнь Педжета

б) синдром Олбрайта

в) болезнь Реклингаузена

г) деформирующий остит

д) болезнь Микулича

215. При деформирующей остеодистрофии поражаются все кости черепа

а) да

б) нет

216. При деформирующей остеодистрофии применяют

а) резекцию челюсти

б) выскабливание пораженных участков кожи

в) лучевую терапию

г) комбинированное лечение

д) гормональную терапию

217. Внутрикостная фиброма - это

а) опухоль, состоящая из эпителиальных элементов

б) опухоль, состоящая из соединительных элементов,

не продуцирующих костную ткань

в) опухоль, состоящая из костных и эпителиальных элементов

218. При внутрикостных фибромах используется

а) удаление опухоли в пределах здоровых тканей

б) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

в) лучевая терапия

г) комбинированное лечение

219. Миксома - это

а) редко встречающееся заболевание челюстных костей

б) синоним кисты челюстей

в) вариант кисты челюстей

220. При миксоме челюстей используется

а) резекция челюсти в пределах здоровых тканей

б) выскабливание опухоли

в) лучевая терапия

г) комбинированное лечение

221. Рентгенологическая картина фиброзной дисплазии характеризуется

а) полиоссальным поражением костей лица

б) истончением кортикального слоя кости,

множеством кистозных просветлений

в) множественными остеолитическими очагами

в области углов и ветвей нижней челюсти

г) диффузным увеличением кости,

чередованием участков уплотнения

и разрежения картиной "матового стекла"

д) разволокнением кортикального слоя,

пятнистоочаговым "ватным" рисунком,

преобладанием костеобразования

222. Рентгенологическая картина при херувизме характеризуется

а) полиоссальным поражением костей лица

б) истончением кортикального слоя кости,

множеством кистозных просветлений

в) множественными остеолитическими очагами

в области углов и ветвей нижней челюсти

г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения

и разрежения картиной "матового стекла"

д) разволокнением кортикального слоя,

пятнистоочаговым "ватным" рисунком,

преобладанием костеобразования

223. Рентгенологическая картина при синдроме Олбрайта характеризуется

а) полиоссальным поражением костей лица

б) истончением кортикального слоя кости,

множеством кистозных просветлений

в) множественными остеолитическими очагами

в области углов и ветвей нижней челюсти

г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения

и разрежения картиной "матового стекла"

д) разволокнением кортикального слоя,

пятнистоочаговым "ватным" рисунком,

преобладанием костеобразования

224. Рентгенологическая картина при деформирующем остеите характеризуется

а) полиоссальным поражением костей лица

б) истончением кортикального слоя кости,

множеством кистозных просветлений

в) множественными остеолитическими очагами

в области углов и ветвей нижней челюсти

г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения

и разрежения картиной "матового стекла"

д) разволокнением кортикального слоя,

пятнистоочаговым "ватным" рисунком,

преобладанием костеобразования

225. Основным методом лечения фиброзной дисплазии является

а) химиотерапия

б) комбинированное лечение

в) лучевая терапия

г) частичная резекция

д) резекция, выскабливание очага

226. Рентгенологическая картина при паратиреоидной остеодистрофии

характеризуется

а) полиоссальным поражением костей лица

б) истончением кортикального слоя кости,

множеством кистозных просветлений

в) множественными остеолитическими очагами

в области углов и ветвей нижней челюсти

г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения

и разрежения картиной "матового стекла"

д) разволокнением кортикального слоя,

пятнистоочаговым "ватным" рисунком,

преобладанием костеобразования

227. Рентгенологическая картина компактной остеомы

а) плотное, по сравнению с окружающей костью,

образование с четкими границами

б) неправильно округлой формы очаг деструкции костной ткани

с более или менее выраженной границей

в) очаг деструкции костной ткани с четкими границами

г) чередование плотных участков костной ткани

с участками ее разрежения

228. При остеоме челюстей используется

а) удаление опухоли в пределах здоровых тканей

б) резекция нижней челюсти

отступя от видимых границ опухоли на 1.0 см

в) лучевая терапия

г) комбинированное лечение

229. Гиперпаратиреоидная остеодистрофия - это

а) системное заболевание, в основе которого лежит гиперпаратиреоидоз

б) собирательное понятие при деструктивных процессах в кости

в) истинная опухоль нижней челюсти

г) злокачественная опухоль нижней челюсти

230. Для гиперпаратиреоидной дистрофии характерны

а) утомляемость

б) мышечная слабость

в) тахикардия

г) полиурия

д) жажда

231. Синонимами гиперпаратиреоидной остеодистрофии являются

а) болезнь Реклингаузена

б) паратиреоидный остоз

в) болезнь Педжета

г) паратиреоидная остеодистрофия

д) синдром Олбрайта

232. Поражаются ли при гиперпаратиреоидозе все кости скелета?

а) нет

б) да

233. При гиперпаратиреоидной остеодистрофии проводится

а) хирургическое иссечение аденом паращитовидных желез

б) резекция челюстей

в) лучевая терапия

г) выскабливание очагов деструкции

д) комбинированное лечение

234. Гемангиома - это

а) зрелая опухоль, состоящая из новообразованных кровеносных сосудов

б) зрелая опухоль крупных сосудов,

возникающая вследствие истончения его стенки

на небольшом протяжении

в) пропитывание кровью окружающих тканей, возникающее вследствие

травматического повреждения сосудистой стенки

г) геморагии на теле,

возникающие на теле вследствие повышенной ломкости сосудов

д) один из симптомов заболевания крови

235. Клинические признаки капиллярной гемангиомы сходны

а) с невусом

б) с липомой

в) с фибромой

г) с папилломой

д) с гиперемией кожи

236. Клинические признаки кавернозной гемангиомы сходны

а) с невусом

б) с фибромой

в) с папилломой

г) с гиперемией кожи

д) с ретенционной кистой

237. Флеболиты определяются при гемангиоме челюстно-лицевой области типа

а) ветвистой

б) капиллярной

в) кавернозной

г) артериальной

д) внутримышечной

238. Пульсация определяется при гемангиоме челюстно-лицевой области типа

а) кавернозной

б) капиллярной

в) артериальной

239. Боли характерны для гемангиомы челюстно-лицевой области типа

а) кавернозной

б) капиллярной

в) артериальной

г) гломус-ангиомы

д) внутримышечной

240. Основным клиническим признаком артериальной гемангиомы является

а) пульсация

б) наличие флеболитов

в) боль при пальпации

г) болезненный инфильтрат

д) эрозии без тенденции к кровоточивости

241. К хирургическому лечению гемангиом относятся

а) перевязка приводящих сосудов

б) иссечение опухоли

в) криотерапия

г) механические методы

д) термические методы

е) склерозирующая терапия

ж) электрические методы

з) обшивание и прошивание опухоли

и) лучевая терапия

242. Основными методами лечения капиллярной гемангиомы являются

а) прошивание

б) электрорезекция

в) лучевое воздействие

г) склерозирующая терапия

д) криодеструкция, лазерокоагуляция

243. Основными методами лечения кавернозной гемангиомы являются

а) прошивание

б) электрорезекция

в) лучевое воздействие

г) склерозирующая терапия

д) криодеструкция, лазерокоагуляция

244. Основными методами лечения телеангиоэктазии являются

а) прошивание

б) электрорезекция

в) электрокоагуляция

г) лучевое воздействие

д) склерозирующая терапия

245. Основными методами лечения артериальной гемангиомы являются

а) иссечение

б) прошивание

в) электрокоагуляция

г) лучевое воздействие

д) склерозирующая терапия

246. Основными методами лечения артериальной гемангиомы являются

а) прошивание

б) электрокоагуляция

в) лучевое воздействие

г) склерозирующая терапия

д) эмболизация с последующим иссечением

247. Лимфангиома - это

а) опухоль, развивающаяся из лимфатических сосудов

б) опухоль, развивающаяся из лимфатического узла

в) опухолевидное образование челюстно-лицевой области,

образованное конгломератом лимфатических узлов

г) порок развития тимуса

д) нагноение лимфатического узла

248. Основным методом лечения лимфангиомы является

а) иссечение

б) прошивание

в) лучевое воздействие

г) склерозирующая терапия

д) эмболизация с последующим иссечением

249. Является ли характерным признаком лимфангиом

рецидивирующие воспалительные процессы в месте локализации опухоли?

а) да

б) нет

250. Лимфангиому необходимо дифференцировать

а) с отеком Квинке

б) с глубокорасположенной гемангиомой

в) с болезнью Мейжа

г) с васкулярной формой нейтрофиброматоза

д) с липоматозом

е) с хемодектомой

ж) с боковой кистой шеи

з) с туберкулезом лимфатических узлов

251. Клинически лимфангиома характеризуется разновидностями

а) ячеистой, кистозной, литической

б) капиллярной, кавернозной, кистозной

в) полиморфной, мономорфной, пролиферативной

г) субпериостальной, периапикальной, костеобразующей

252. Основной клинической особенностью лимфангиомы является

а) пульсация

б) ее воспаление

в) наличие флеболитов

г) боль при пальпации

д) атрофия пораженного органа

253. Папиллома - это

а) сосочковая доброкачественная эпителиальная опухоль кожи,

красной каймы губ и слизистой оболочки

б) сосочковая доброкачественная соединительнотканная опухоль кожи,

красной каймы губ и слизистой оболочки

в) сосочковая злокачественная эпителиальная опухоль кожи,

красной каймы губ и слизистой оболочки

г) сосочковая злокачественная соединительнотканная опухоль кожи,

красной каймы губ и слизистой оболочки

д) новообразование кожи,

красной каймы губ и слизистой оболочки на ножке

254. Различают папилломы

а) на ножке

б) на широком основании

в) с ороговением

г) без ороговения

д) грибовидную

е) конусовидную

ж) сосочковую

255. Дифференциальную диагностику при установлении диагноза "папиллома"

необходимо проводить

а) с фибромой

б) с липомой

в) с атеромой

г) с гемангиомой

д) с раком слизистой оболочки

256. "Погружная папиллома" - это

а) опухоль, которая характеризуется вростанием эпителиальных сосочков

вглубь подлежащих тканей

б) опухоль, которая характеризуется наличием углубления

в центре сосочкового возвышения над слизистой оболочкой

в) сосочковая опухоль с ороговением и изъязвлением

257. Папилломатоз - это

а) множественное развитие папиллом

на определенном участке слизистой оболочки полости рта и кожи

б) несколько единичных папиллом,

локализующихся в различных областях слизистой и кожи

в) наличие папиллом одновременно на коже,

слизистой оболочке полости рта и красной каймы губ

г) наличие нескольких папиллом в челюстно-лицевой области

258. Папиллома относится

а) факультативному предраку

б) облигатному предраку

259. При единичных папилломах и папилломатозах применяется

а) иссечение в пределах здоровых тканей

б) криохирургическое лечение

в) электрохирургическое иссечение

г) прижигание папиллом

д) частичное иссечение

260. Леймиома - это

а) опухоль из гладкомышечной ткани

б) опухоль из поперечнополосатой мышечной ткани

в) сосудистая опухоль

г) иное название боковой кисты шеи

д) одна из опухолей периферических нервов

261. Рабдомиома - это

а) опухоль из гладкомышечной ткани

б) опухоль из поперечнополосатой мышечной ткани

в) иное название срединной кисты шеи

г) синоним десмоида

д) одна из опухолей периферических нервов

262. Возможно ли озлокачествление леймиомы и рабдомиомы?

а) да

б) нет

263. При леймиоме и рабдомиоме применяется

а) хирургический метод лечения

б) консервативный метод лечения

в) лучевая терапия

г) комбинированный метод лечения

д) химиотерапия

е) склерозирующая терапия

264. Возможна ли дистопия щитовидной железы в область корня языка?

а) да

б) нет

265. Зоб корня языка - это

а) опухоль дистопированной щитовидной железы

б) обобщенное название новообразований в области корня языка

в) дистопия щитовидной железы в область корня языка

266. При лечении зоба корня языка используется

а) удаление опухоли

б) лучевая терапия

в) комбинированное лечение

г) медикаментозная терапия

267. Какие из перечисленных теорий

происхождения нейрофиброматоза Реклингаузена существуют?

а) инфекционная

б) эндокринная

в) дезонтогенетическая

г) неврогенная

268. Признаками, составляющими тетраду Дарье, являются

а) пятна на теле цвета кофе с молоком

б) опухоли кожи и подкожной клетчатки

в) опухоли нервных стволов и нервных ганглиев

г) физическая и умственная неполноценность

д) повышенная потливость

е) гиперсаливация

ж) снижение слуха

269. Существуют следующие виды нейрофиброматоза

а) периферический

б) центральный

в) явный

г) скрытый

д) выраженный

270. Возможно ли поражение кости лицевого и мозгового черепа

при болезни Реклингаузена?

а) да

б) нет

271. Объем оперативного вмешательства при болезни Реклингаузена

а) радикальное удаление нейрофиброматоза

б) полиативное,

заключающееся в оперативном удалении разрастаний на лице и шее

272. Невриномы - это

а) доброкачественная неврогенная опухоль из оболочки нерва

б) доброкачественная опухоль из нервных ганглиев

в) доброкачественная опухоль из параганглионарных структур

г) злокачественная неврогенная опухоль в челюстно-лицевой области

д) злокачественная опухоль в области боковой поверхности шеи

273. Последовательно расставьте нижеперечисленные нервные образования

в зависимости от частоты возникновения в них неврином

а) пограничный симпатический нервный ствол и его ветви

б) спинномозговые нервы

в) блуждающий нерв

г) подъязычный нерв

д) все вышеперечисленное

274. Являются ли обязательными для неврином спонтанные боли

и боли при пальпации опухоли?

а) да

б) нет

275. При лечении неврином шеи применяются

а) интракапсулярная энуклеация

б) удаление опухоли с капсулой и резекцией нерва

в) удаление опухоли с капсулой и резекцией нерва

и последующей его пластикой

г) лучевая терапия

д) удаление опухоли после лучевой терапии

276. Возможно ли клинически отличить невриному и нейрофиброматоз?

а) да

б) нет

277. Нейрофибромы челюстно-лицевой области - это

а) самостоятельное заболевание

б) проявление болезни Реклингаузена

278. При лечении нейтрофибром шеи используется

а) хирургическое лечение

б) лучевая терапия

в) гормональная терапия

г) комбинированная терапия

279. Хемодектома - это

а) опухоль общей сонной артерии

б) название аневризмы общей сонной артерии

в) опухоль параганглионарных структур

г) название боковой кисты шеи

д) название срединной кисты шеи

280. Каротидная хемодектома - это

а) опухоль сонного гломуса

б) опухоль блуждающего нерва

в) аневризма общей сонной артерии

г) аневризма наружной сонной артерии

д) опухоль парафарингиального пространства

281. При хемодектомах используется

а) хирургический метод лечения

б) лучевая терапия

в) комбинированное лечение

г) гормональная терапия

д) осуществляется динамическое наблюдение за больными, без лечения

Раздел 12

ОСНОВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. Показаниями к восстановительным операциям на лице являются

а) требование больного

б) косметический дефект

в) анатомический недостаток

г) нарушение функции

д) все перечисленные выше

е) незначительный дефект

002. Учитывается ли нервно-психическое состояние больного

перед восстановительными операциями?

а) да

б) нет

003. Выбор метода восстановительной операции опpеделяется

а) по размерам дефекта или деформации

б) по состоянию окружающей ткани

в) по локализации дефекта или деформации

г) по всем перечисленным выше

д) по специальному оснащению операционной

е) по мнению больного

004. К пластике местными тканями относится

а) пластика лоскутами на питающей ножке

б) пластика встречными треугольными лоскутами

в) пластика ротационным лоскутом

г) мобилизация краев раны

д) веpно б),в),г)

005. К осложнениям при местнопластических операциях относятся

а) некроз верхушки треугольного лоскута

б) расхождение краев раны

в) нагноение

г) некроз лоскута на ножке

д) смещение соседних органов

е) образование ретенционных кист

ж) все вышеперечисленные

006. Свищ, находящийся в нижней трети шеи на передней границе

кивательной мышцы, является результатом нарушения развития

а) первой жаберной щели

б) первого жаберного мешка

в) второй жаберной щели

г) второго жаберного мешка

д) третьей жаберной щели

007. Дермоидная киста носа представлена

а) неполным слиянием медиальных носовых отростков

б) неполным соединением медиальных носовых отростков

в) неполным соединением медиального и латерального носовых отростков

г) неполным слиянием медиального и латерального носовых отростков

д) ни одним из вышеперечисленных

008. Из первой жаберной дуги формируются мышцы, кроме

а) опускающей небную занавеску

б) заднего брюшка двубрюшной

в) опускающей барабанную перепонку

г) переднего брюшка двубрюшной

ж) жевательной

009. Фильтрум формируется

а) из медиального и латерального носовых отростков

б) из медиального носового и максиллярного отростков

в) из латерального носового и максиллярного отростков

г) из максиллярного и мандибулярного отростков

д) из соединения двух медиальных отростков

010. Положение небных выступов на 7-ой неделе эмбрионального развития

а) горизонтальное

б) почти вертикальное положение

с контактом в медиальном отделе с языком

в) частично приподнятое (около 45°)

г) еще не дифференцируется

011. Носо-слезный канал формируется

а) из соединения латерального носового и максиллярного отростков

б) из соединения медиального носового и максиллярного отростков

в) из латерального носового отростка

г) из медиального носового отростка

д) из максиллярного отростка

012. Перечисленные мышцы формируются из второй жаберной дуги, кроме

а) платизма

б) переднего брюшка двубрюшной

в) заднего брюшка двубрюшной

г) височной

013. Мимические мышцы формируются

а) из 1-ой жаберной дуги

б) из 2-ой жаберной дуги

в) из 3-ой жаберной дуги

г) из 4-ой жаберной дуги

д) из 5-ой жаберной дуги

014. Черепной нерв, формирующийся из первой жаберной дуги

а) лицевой

б) языкоглоточный

в) тройничный

г) блуждающий

015. Срединная расщелина верхней губы

а) может быть результатом несращения медиальных носовых отростков

б) встречается чаще, чем изолированная расщелина неба

в) обычно представлена частичным

или полным недоразвитием медиальных носовых отростков

г) ни одно из вышеперечисленных

д) все вышеперечисленное верно

016. Пациент с синдромом первой и второй жаберной дуги имеет

а) расщелину неба

б) микростомию

в) микроотию

г) гипертелоризм

017. У детей в период развития лицевого скелета

наиболее разрушающее действие радиация оказывает

а) на кожу

б) на подкожные ткани

в) на верхнюю челюсть

г) на нижнюю челюсть

д) на кости носа

018. Возможность развития рака из лейкоплакии слизистой полости рта

а) менее 5%

б) 10%

в) 20%

г) 30%

д) более 30%

019. Возможность рецидива безалиомы после ее первичного удаления

а) менее 5%

б) 10%

в) 20%

г) 30%

д) более 40%

020. Наиболее часто встречающийся грам-негативный микроорганизм

на коже и в крови госпитализированных пациентов

а) клебсиелла

б) протей

в) псевдомонас

г) кишечная палочка

д) бактероиды

021. Наибольшей резистентностью к электроожогу обладает

а) кость

б) связки

в) кожа

г) нервы

д) кровеносные сосуды

022. В послеоперационном периоде или после травмы всегда наблюдается

а) гипогликемия

б) гиповолемия

в) преобладание катаболизма

г) увеличение мочевины в крови

д) все вышеперечисленное

023. Артрит височно-нижнечелюстного сустава

а) представляет внутреннее заболевание

б) представляет ревматоидное состояние

в) является непосредственным результатом травмы

г) часто сопровождается

разрастанием грануляционной ткани вокруг хряща

024. В результате травмы или операции происходит все нижеперечисленное,

за исключением

а) возрастания кортизола крови

б) возрастания альдостерона

в) возрастания продукции инсулина

г) возрастания уровня антидиуретического гормона

025. Бинокулярное зрение невозможно,

если межорбитальное расстояние больше

а) 20-25 мм

б) 25-30 мм

в) 30-35 мм

г) 35-40 мм

д) 40 мм

026. Если у двух здоровых родителей есть ребенок

с изолированной расщелиной неба,

то % рождения 2-го ребенка с данной патологий

а) 2%

б) 4%

в) 6%

г) 8%

д) 10%

027. Вероятность рождения ребенка с изолированной расщелиной неба

а) 1:750

б) 1:1000

в) 1:1500

г) 1:2000

д) 1:2500

028. Следующий по частоте после расщелин губы и неба

врожденная аномалия лица

а) синдром Крузона

б) синдром Тичер - Коллинз

в) синдром Аперта

г) синдром незаращения первой и второй жаберных дуг

029. Состояние, когда обе орбиты соединены и образуют один глаз по середине

а) микрофтальмия

б) врожденная катаракта

в) циклопия

г) монголизм

030. Медиальная стенка орбиты образована

а) клиновидной, лобной и скуловой костями

б) клиновидной, лобной и слезной костями

в) верхнечелюстной, клиновидной и сфероидальной костями

г) верхнечелюстной, клиновидной и и слезной костями

д) верхнечелюстной, сфероидальной и клиновидной костями

031. Слизистая латеральной стенки носа иннервируется

а) передним клиновидным нервом

б) носо-небным нервом

в) парасимпатическими волокнами крылонебного узла

г) обонятельным нервом

д) всеми вышеперечисленными

032. Наибольшая деформация лица происходит

при параличе следующих ветвей лицевого нерва

а) височной и скуловой

б) щечной и скуловой

в) щечной и краевой

г) краевой

д) краевой и шейной

033. Лимфоотток из области век осуществляется

а) в поверхностные шейные лимфатические узлы

б) в околоушные лимфатические узлы

в) в поднижнелюстные лимфатические узлы

в области угла нижней челюсти

г) в позадиушные лимфатические узлы

д) в подбородочные лимфатические узлы

034. В сонном треугольнике (футляре), кроме сонной артерии, располагаются

а) глубокие шейные лимфатические узлы

б) блуждающий нерв

в) внутренняя яремная вена

г) диафрагмальный нерв

035. Чувствительность медиальной (задней) поверхности наружного уха

обеспечивается ветвями

а) блуждающего нерва

б) лицевого нерва

в) большого ушного нерва

г) тройничного нерва

036. Шейное нервное сплетение дает свои ветви совместно

а) с подъязычным нервом

б) с языкоглоточным нервом

в) с восходящим нервом

г) с лицевым нервом

037. Мандибулярная ветвь тройничного нерва иннервирует следующие мышцы

а) мышцу, опускающую небную занавеску

б) мышцу, поднимающую небную занавеску

в) небно-язычную

г) язычок

д) щечную

038. Околоушная слюнная железа

а) состоит из двух долей: поверхностной и глубокой

б) лежит между жевательной мышцей, кивательной мышцей

и хрящевой основой наружного слухового прохода

в) лежит на несколько мм ниже угла нижней челюсти

и выше скуловой дуги

г) нижняя граница глубокой доли находится в тесном взаимоотношении

с внутренней сонной артерией и яремной веной

д) все ответы правильные

039. Генетический тип наследования синдрома Крузона

(краниофациального дизостоза)

а) аутосомно-доминантный с полной пенетрантностью гена

б) аутосомно-доминантный с неполной пенетрантностью гена

в) аутосомно-рецессивный

г) сцепленный с полом

040. На какой неделе эмбрионального развития формируется небо

а) 4-6 неделе

б) 6-8 неделе

в) 8-12 неделе

г) 12-16 неделе

д) 16-20 неделе

041. Носовая перегородка образуется

а) из верхнечелюстного отростка

б) из латерального носового отростка

в) из медиального носового отростка

г) ни из одного из перечисленных

д) из всех вышеперечисленных

042. Полная косая расщелина лица представлена дисплазией или нарушением.

В основе развития полной косой расщелины лица

лежит дисплазия или нарушение

а) максиллярного и мандибулярного сегмента первой жаберной дуги

б) медиального и латерального носовых отростков

в) медиального носового и максиллярного отростков

г) латерального носового и максиллярного отростков

д) медиального, латерального носовых и максиллярного отростков

043. В поднимании нижней челюсти не участвует

а) жевательная мышца

б) медиальная крыловидная мышца

в) верхняя часть височной мышца

г) латеральная крыловидная мышца

044. Лимфатический дренаж области боковой поверхности носа, верхней губы,

латеральной части нижней губы, передней поверхности щеки

осуществляется

а) в подчелюстные и подбородочные лимфатические узлы

б) в подчелюстные и околоушные лимфатические узлы

в) в околоушные лимфатические узлы

г) в подчелюстные лимфатические узлы

д) в яремно-брюшные и поверхностные шейные лимфатические узлы

045. Большая часть кровоснабжения неба осуществляется

ветвями следующих артерий

а) восходящей глоточной

б) наружной верхнечелюстной

в) внутренней крыловидной

г) внутренней верхнечелюстной

д) инфраорбитальной

046. Верхнечелюстная ветвь тройничного нерва посылает двигательные волокна

а) к мышце, поднимающей небную занавеску

б) к медиальной крыловидной мышце

в) к латеральной крыловидной мышце

г) к щечной мышце

д) ни к одной из вышеперечисленных

047. Помимо мимической мускулатуры лицевой нерв дает

двигательные волокна

а) к челюстно-подъязычной мышце

б) к шило-подъязычной мышце

в) к заднему брюшку двубрюшной мышцы

г) к переднему брюшку двубрюшной мышцы

д) ко всем мышцам

048. Не вызывают стимуляцию васкуляризации

а) свободный кожный аутотрансплантат

б) свободный кожный аллотрансплантат

в) подвергнутый температурной обработке трансплантат

г) лиофилизированный аутотрансплантат

д) очищенный коллаген

049. Аллотрансплантация кожи менее успешна, чем аллотрансплантация почек,

так как

а) антигенность кожи выше, чем почек

б) кожный трансплантат помещается в область,

богатую лимфатическими сосудами

в) кожный трансплантат лучше реваскуляризируется,

тем самым увеличивая свою антигенность

г) все из вышеперечисленного

д) ничего из вышеперечисленного

050. Наибольшим неудобством применения жирового лоскута

для мягкопластических операций является

а) высокая вероятность инфицирования

б) трансплантат очень мягок, чтобы с ним работать

в) очень слабая способность противостоять сопротивлению

г) непредсказуемое уменьшение размеров после операции

д) ни один из вышеперечисленного

051. Степень уменьшения в размерах жирового лоскута

а) менее 10%

б) 10-25%

в) 25-50%

г) 50-75%

д) 75-100%

052. Лучшим объяснением феномена задержки лоскута является

а) изменение ориентации сосудов

б) вторичная ишемия

в) травматический вазоспазм

г) неспецифическое воспаление в лоскуте

д) венозный застой

053. Наиболее эффективным способом задержки лоскута является

а) подсекание

б) инъекция вазоактивных препаратов в лоскут

в) сделать периферические разрезы до фасции

г) отсечь все сосуды за исключением одной вены и артерии

д) отсечь наибольшее! количество сосудов

054. Цвет кожи определяется

а) уровнем образования меланина в меланоцитах

б) количеством меланоцитов

в) активностью тирозиназы

г) всем вышеперечисленным

д) ничем из вышеперечисленного

055. Послеоперационная инфекция

а) развивается в результате погрешностей хирургической техники

б) проявляется на 3-4 день после операции

в) сопровождается менее 1% операций

г) все из вышеперечисленного

д) ничего из вышеперечисленного

056. Дермоидная киста

а) обычно располагается подкожно

б) обычно располагается внутрикожно

в) не содержит волосы и сальные железы

г) может содержать мезодермальные компонент

д) ни одно из вышеперечисленного

057. Васкуляризация свободного кожного трансплантата начинается чеpез

а) 12 часов

б) 24 часа

в) 2-3 дня

г) 5 дней

д) 7 дней

058. Наиболее успешным аллогенным трансплантатом является

а) кожный

б) хрящ

в) роговица

г) фасция

д) кость

059. Лучшим костнопластическим материалом является

а) аллогенная губчатая кость

б) аутогенная кортикальная кость

в) гомогенная кортикальная кость

г) аутогенная губчатая кость

д) депротеинизированная кость

060. Наиболее частой причиной отторжения кожного трансплантата является

а) присоединение инфекции

б) механическое повреждение трансплантата

в) некроз реципиентной области

г) кровотечение и образование гематомы

д) ни одна из перечисленных причин

061. Преимущество хрящевого над костным трансплантатом

а) не нужно функциональной нагрузки для перестройки структуры

б) не нуждается в непосредственной васкуляризации для кровоснабжения

в) легче хирургический доступ и возможность обработки

г) верно а) и в)

д) все вышеперечисленное верно

062. Из нижеперечисленного обладает наименьшей антигенностью

а) кожа

б) кость

в) хрящ

г) жировая клетчатка

д) сердечная мышца

063. Успешная трансплантация кожного лоскута зависит

а) от кровоснабжения воспринимающего ложа

б) от фиксации лоскута

в) от неподвижности воспринимающего ложа

г) от всего вышеперечисленного

д) ничего из вышеперечисленного

064. Удовлетворительные условия для приживления

свободного кожного трансплантата создаются, если воспринимающее ложе

а) надкостница

б) мышца

в) хрящ

г) старые грануляции

д) облученные ткани

065. Регенерация миелинизированных нервных волокон

при повреждении смешанного нерва

а) начинается через 2-3 недели после травмы

б) происходит по 1 см в месяц

в) происходит по 2 см в месяц

г) нуждается в интактном двигательном окончании

д) оканчивается частичным восстановлением двигательных функций

066. Молодая свежая грануляционная ткань

а) обычно не обсеменена микроорганизмами

б) является хорошей реципиентной зоной

для трансплантации свободной кожи

в) должна быть удалена перед трансплантацией

г) ни одно из вышеперечисленных

д) бедно кровоснабжается

067. Аминокислотный состав коллагена представлен в основном

а) глицирином

б) пролином

в) гидроксипролином

г) всем вышеперечисленным

д) ничем из вышеперечисленного

068. Дефицит аскорбиновой кислоты

в период заживления раны приводит

а) к замедлению продуцирования коллагена фибробластами

б) к воспалительной реакции

в) к вазодилатации

г) к замедлению митотической активности эпителия

д) ни к чему из вышеперечисленного

069. После пластики 1 см дефекта ствола лицевого нерва аутотрансплантатом

а) восстановление функции будет через 3 месяца

б) ежедневная электростимуляция покажет восстановление функции

в) пациент не должен двигать щекой и разговаривать в течение 4-х недель

г) функция вернется вначале в область, иннервируемую лобной ветвью

д) начало возвращения функции можно наблюдать через 4-6 месяцев

070. Когда первичное восстановление травмированного протока

околоушной слюнной железы невозможно, необходимо

а) ушить рану и проводить вторичное восстановление протока

б) использовать трансплантат из вены

в) перевязать проксимальный конец протока

г) ни одно из вышеперечисленного

071. Правильное лечение перелома нижней стенки глазницы

а) консервативное наблюдение

б) костная пластика орбиты

в) хирургическое вмешательство показано при клинических признаках;

смещение содержимого орбиты

г) костная пластика орбиты

д) пластика силиконовым имплантатом

072. Наиболее надежное свидетельство перелома нижней челюсти

а) боль при движении челюсти

б) смещение челюсти в сторону перелома

в) чрезмерная подвижность

г) неправильный прикуса

д) тризм

073. Наиболее подвержен некрозу при пластике щеки

а) височная область

б) заушная область

в) верхняя губа

г) предушная область

д) подбородочная область

074. Некроз наиболее типичен для заушной области при пластике щеки так,

как

а) напряжение приходится на лоскут в этой области

б) лоскут в той области хуже кровоснабжается

в) лоскут может быть тонким в этом месте

г) все вышеперечисленное

д) ничего из вышеперечисленного

075. Носовая полость образована

а) крыльными хрящами

б) костями носа

в) перпендикулярной пластинкой решетчатой кости

г) хрящом перегородки носа

076. Анатомической основой для псевдоблефароптоза (восточного века)

а) отсутствие какого-либо прикрепления мышцы,

поднимающей веко к коже

б) недостаточная фиксация торзальной пластинки к коже

в) ненормальная длина мышцы, поднимающей веко

г) избыток жира в преторзальной области

д) отсутствие мышцы Мюллера

077. Появление вертикальных линий на губах

а) для их коррекции требуется проведение

частых подкожных инъекций парафина

б) происходит в ответ на косметическую операцию

по устранению морщин

в) подвергается хорошей коррекции

при отдельных хирургических вмешательствах

г) хорошо коррегируется применением химических препаратов

д) вертикальные линии, гравитационные линии по происхождению

078. После введения силиконового имплантата ранний (до 48 часов) отек

свидетельствует

а) о сероме

б) о реакции тканей на чужеродный материал

в) об образовании гематомы

г) об аллергической реакции на медикаменты

д) об инфекции

079. Наиболее рекомендуемое лечение при ретробульбарной геморрагии

а) местная эвакуация гематомы

б) парацентез передней полости

в) остеотомия латеральных стенок орбиты

г) консервативные мероприятия

(постельный режим, местно - холод и т.д.)

д) ни один вышеперечисленных вариантов

080. Иннервация слизистой оболочки носа происходит

а) от подглазничного нерва

б) от надблокового нерва

в) от крыло-небного узла

г) от переднего решетчатого нерва

д) от зубного сплетения

081. Наиболее выраженная деформация лица при парезе

следующих ветвей лицевого нерва

а) височной и скуловой

б) щечной и скуловой

в) щечной и маргинальной

г) маргинальной

д) маргинальной и шейной

082. При оттопыренных ушах наиболее важная особенность

а) чрезмерное развитие хряща в углу,

образованном черепом и ушной раковины

б) ушная раковина слишком большая

в) ушная раковина слишком маленькая

г) антизавиток недостаточно выражен

д) антизавиток выражен чрезмерно

083. Верным для капсул силиконового имплантата

является следующее положение

а) жидкость скапливается в полости капсулы

б) нервные волокна могут быть внутри этой псевдооболочки

в) образование кровеносных сосудов

будет видно через 8 дней после имплантации

г) капсула постепенно уплотняется в течении первых 6 месяцев

д) после удаления имплантата полость зарастает

в течение 3-х недельного периода

084. Если пациенту после пластики щеки не возвращается чувствительность

предушной области и наружного уха через несколько недель,

это указывает на повреждение

а) щечного нерва

б) большого ушного нерва

в) может указывать не на повреждение,

а на задержку возвращения чувствительности

г) аурикулотемпорального нерва

д) ни один из вышеперечисленных

085. Синдромом, включающим в себя экзофтальм, мандибулярную прогнатию,

остроконечный (клювообразный) нос, является

а) синдром Робинсона

б) синдром Варденбурга

в) синдром Эхлер - Донлос

г) синдром Крузона

д) синдром Грейга

086. Повреждение протока околоушной слюнной железы может сопровождаться

а) повреждением скуловой ветви лицевого нерва

б) повреждением щечной ветви лицевого скелета

в) повреждением околоушной слюнной железы

г) всем перечисленным

д) ничем из вышеперечисленного

087. Причина птоза верхнего века чаще

а) врожденная

б) неврогенная

в) миогенная

г) травматическая

д) ни одна из вышеперечисленных

088. Опухоли околоушной слюнной железы,

сопровождающиеся параличом лицевого нерва

а) обычно доброкачественные

б) обычно злокачественные

в) обычно при смешанной опухоли

г) показывают, что железа инфицирована

д) ничто из вышеперечисленного

089. Наиболее распространенная опухоль околоушной слюнной железы

в детском возрасте

а) смешанная

б) мукоэпидермоидная

в) лимфома

г) гемангиома

д) липома

090. Преимущество методов пластики местными тканями заключается

а) в многоэтапности лечения

б) в широких пластических возможностях метода

в) в сходстве, однотипности тканей по строению

091. Укорочение верхней губы устраняется

способом пластики местными тканями

а) Седилло

б) свободным кожным лоскутом

в) встречными треугольными лоскутами

092. Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов

а) на питающей ножке

б) встречных треугольных

в) круглого стебельчатого

г) на сосудистом анастомозе

093. Методика пластика встречными треугольными лоскутами

а) Абе

б) Миларда

в) Седилло

г) Лимберга

д) Лапчинского

094. Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют

а) при короткой уздечке языка

б) при линейных келлоидных рубцах

в) при обширных дефектах костей лица

г) при обширных дефектах мягких тканей

095. Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют

а) при рубцовых выворотах век

б) при линейных келлоидных рубцах

в) при обширных дефектах костей лица

г) при обширных дефектах мягких тканей

096. Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют

а) при устранении свищевых ходов

б) при линейных келлоидных рубцах

в) при обширных дефектах костей лица

г) при обширных дефектах мягких тканей

097. Наиболее простой вид пластики местными тканями

а) лоскутами на ножке

б) мобилизация краев раны

в) треугольными лоскутами

г) пересадка свободной кожи

098. Вид пластики местными тканями, при котором ткани прирост тканей

в направлении основного разреза

а) лоскутами на ножке

б) мобилизация краев раны

в) треугольными лоскутами

г) пересадка свободной кожи

099. Вид пластики местными тканями, при котором ткани

переносят из отдаленного от дефекта места

а) лоскутами на ножке

б) мобилизация краев раны

в) треугольными лоскутами

г) пересадка свободной кожи

100. Показанием для пластики местными тканями с мобилизацией краев раны

являются дефекты тканей

а) обширные

б) линейные

в) сквозные больших размеров

г) линейные с небольшим дефицитом

101. Основное правило пластики местными тканями

а) не ушивать рану наглухо

б) недопустима мобилизация тканей

в) отсутствие натяжения в краях раны

г) длина разреза должна быть минимальной

102. Опрокидывающиеся лоскуты используются

а) для устранения выворота век

б) для устранения дефектов кожи

в) для закрытия линейных разрезов

г) для создания внутренней выстилки

103. При выкраивании лоскута на ножке

соотношение его ширины к длине должно быть

а) 1:3

б) 1:4

в) 1:5

г) 1:8

104. Максимальный допустимый угол поворота лоскута на ножке

а) до 90°

б) до 180°

в) до 210°

г) до 360°

105. При индийской ринопластике лоскут на ножке берут

а) с шеи

б) с лобной области

в) со щечной области

г) с губо-щечной складки

106. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами

а) мостовидным

б) опрокидывающимся

в) удвоенным по Рауэру

г) встречными треугольными

107. Для восстановления отсутствующей брови используют лоскут

а) мостовидный

б) из височной области

в) забральный по Лексеру

г) на скрытой сосудистой ножке

108. Для восстановления дефектов губы у мужчин

используют мостовидный лоскут

а) с шеи

б) Лексера

в) со щеки

г) Лапчинского

109. Для восстановления дефектов губы у женщин

используют мостовидный лоскут

а) с шеи

б) Лексера

в) со щеки

г) Лапчинского

110. Лоскут на питающей ножке состоит из тканей

а) расщепленной кожи

б) кожи и подкожно-жировой клетчатки

в) кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы

г) кожи, подкожно-жировой клетчатки, мышцы и кости

111. Артеризированный лоскут на питающей ножке состоит из тканей

а) расщепленной кожи

б) кожи и подкожно-жировой клетчатки

в) кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы

г) кожи, подкожно-жировой клетчатки, мышцы и кости

д) кожи, подкожной клетчатки и сосудистого пучка

112. Местное осложнение пластики лоскутами на ножке

а) неврит

б) миозит

в) некроз

г) диплопия

113. Местное осложнение пластики лоскутами на ножке

а) миозит

б) неврит

в) диплопия

г) гематома

114. Местное осложнение пластики лоскутами на ножке

а) миозит

б) неврит

в) нагноение

г) диплопия

115. Первый этап пластической операции

а) разрез

б) обезболивание

в) определение показаний

г) планирование вмешательства

116. Первый этап восстановительного хирургического лечения

а) разрез

б) планирование

в) обезболивание

г) определение показаний

117. При нарушении микроциркуляции в лоскуте на ножке

в послеоперационном периоде проводится лечение

а) гидромассажем

б) криотерапией

в) физиотерапией

г) электрокоагуляцией

118. При нарушении микроциркуляции в лоскуте на ножке

в послеоперационном периоде проводится лечение

а) криотерапией

б) ГБО-терапией

в) гидромассажем

г) электрокоагуляцией

119. Филатовский стебель одномоментно формирующийся и подшивающийся

к месту дефекта называется

а) острым

б) шагающим

в) ускоренным

г) классическим

120. Филатовский стебель одномоментно формирующийся и подшивающийся

на предплечье называется

а) острым

б) шагающим

в) ускоренным

г) классическим

121. Филатовский стебель,

формируемый и поэтапно переносимый к месту дефекта, называется

а) острым

б) шагающим

в) ускоренным

г) классическим

122. Филатовский стебель, переносимый к месту дефекта по поверхности тела,

называется

а) острым

б) шагающим

в) ускоренным

г) классическим

123. Продолжительность пластики тотального дефекта носа по Хитрову

без учета коррегирующих операций

а) 3 недели

б) 3 месяца

в) 6 месяцев

124. Пластика носа филатовским стеблем показана при дефектах

а) спинки

б) части крыла

в) тотальном дефекте

125. При формировании лоскута Филатова

соотношение ширины к длине кожно-жировой ленты должно быть

а) 1:1

б) 1:2

в) 1:3

г) 1:4

д) 1:5

126. Раневую поверхность на материнском ложе

при формировании филатовского стебля закрывают при помощи

а) свободной ножки

б) ушивании на себя

в) лоскутов на микроанастомозе

г) дополнительных треугольных лоскутов

127. Раневую поверхность на материнском ложе

при формировании филатовского стебля закрывают при помощи

а) свободной ножки

б) ушивании на себя

в) разгрузочных швов

г) лоскутов на микроанастомозе

128. Количество этапов пластики тотального дефекта носа

по Хитрову без учета коррегирующих операций

а) 1

б) 2

в) 3

г) 4

д) 5

е) 6

129. Способ переноса филатовского стебля к месту дефекта

а) "гусеничный" шаг

б) свободная пересадка

в) аллогенная трансплантация

130. Способ переноса филатовского стебля к месту дефекта

а) через предплечье

б) свободная пересадка

в) аллогенная трансплантация

131. Участок поверхности тела

для формирования классического или ускоренного филатовского стебля

а) предплечье

б) внутренняя поверхность плеча

в) внутренняя поверхность бедра

г) передне-боковая поверхность живота

132. Участок поверхности тела для острого филатовского стебля

а) предплечье

б) внутренняя поверхность плеча

в) внутренняя поверхность бедра

г) передне-боковая поверхность живота

133. Обезболивание при формировании филатовского стебля

а) наркоз

б) инфильтрационная анестезия

в) нейролептаналгезия

г) проводниковая анестезия

134. Местные осложнения после формирования филатовского стебля

а) отек

б) некроз

в) миозит

г) парастезии

135. Местные осложнения после формирования филатовского стебля

а) отек

б) миозит

в) нагноение

г) парастезии

136. Местные осложнения после формирования филатовского стебля

а) отек

б) гематома

в) миозит

г) парастезии

137. После формирования в тканях филатовского стебля

первой восстанавливается чувствительность

а) болевая

б) тактильная

в) температурная

138. После формирования в тканях филатовского стебля

последней восстанавливается чувствительность

а) болевая

б) тактильная

в) температурная

139. Показаниями к применению свободной пересадки кожи являются

а) сквозные дефекты кожи

б) дефекты тканей до кости

в) послеоперационные дефекты кожи

г) незаживающие язвы после лучевой терапии

140. Толщина свободного кожного лоскута по Тиршу составляет

а) 0.2-0.4 мм

б) 0.5-0.6 мм

в) 0.6-0.7 мм

г) 0.8-1 мм

141. Толщина свободного кожного лоскута по Блеру - Брауну составляет

а) 0.2-0.4 мм

б) 0.5-0.6 мм

в) 0.6-0.7 мм

г) 0.8-1 мм

142. Толщина свободного кожного лоскута по Педжету составляет

а) 0.2-0.4 мм

б) 0.5-0.6 мм

в) 0.6-0.7 мм

г) 0.8-1 мм

143. Толщина полнослойного свободного кожного лоскута составляет

а) 0.2-0.4 мм

б) 0.5-0.6 мм

в) 0.6-0.7 мм

г) 0.8-1 мм

144. Свободный кожный лоскут по Тиршу называется

а) расщепленным

б) в три четверти толщины

в) тонким дермоэпителиальным

г) полнослойной кожей без клетчатки

145. Свободный кожный лоскут по Блеру - Брауну называется

а) расщепленным

б) в три четверти толщины

в) тонким дермоэпителиальным

г) полнослойной кожей без клетчатки

146. Свободный кожный лоскут по Педжету называется

а) расщепленным

б) в три четверти толщины

в) тонким дермоэпителиальным

г) полнослойной кожей без клетчатки

147. Дермабразию пересаженного кожного лоскута проводят

а) при гиперпигментации

б) при грубых рубцовых изменениях

в) при рубцовых изменениях слизистой оболочки

148. Свободной пересадкой кожи называется

а) перенос кожи стебельчатого лоскута

б) пересадка кожного аутотрансплантата

в) перемещение кожного лоскута на ножке

г) перемещение кожного лоскута на микроанастомозе

149. Свободный кожный лоскут фиксируют на ране

а) узловыми швами

б) давящей повязкой

в) внутрикожными швами

г) узловыми швами и давящей повязкой

д) парафиновой повязкой и узловыми швами

е) пластиночными швами и давящей повязкой

150. Местными ранними осложнениями после пересадки свободной кожи

являются

а) некроз лоскута

б) гиперпигментация

в) рубцовая трансформация

г) кровотечение из лоскута

151. Местными ранними осложнениями после пересадки свободной кожи

являются

а) гематома

б) гиперпигментация

в) рубцовая трансформация

г) кровотечение из лоскута

152. Местными поздними осложнениями после пересадки свободной кожи являются

а) гематома

б) парастезии

в) некроз лоскута

г) рубцовая трансформация

д) кровотечение из лоскута

153. Местными поздними осложнениями после пересадки свободной кожи

являются

а) гематома

б) парастезии

в) некроз лоскута

г) гиперпигментация

д) кровотечение из лоскута

154. Расщепленный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности

а) тыла стопы

б) боковой шеи

в) наружной бедра

г) передней живота

д) внутренней плеча

155. Полнослойный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности

а) тыла стопы

б) боковой шеи

в) наружной бедра

г) передней живота

д) внутренней плеча

156. Для ускорения приживления свободного кожного лоскута

в послеоперационном периоде проводится лечение

а) криотерапией

б) ГБО-терапией

в) гидромассажем

г) электрокоагуляцией

157. Для ускорения приживления свободного кожного лоскута

в послеоперационном периоде проводится лечение

а) криотерапией

б) гидромассажем

в) физиотерапией

г) химиотерапией

д) электрокоагуляцией

158. Идентичность цвета пересаженной кожи и окружающей кожи лица

достигается при помощи

а) криотерапии

б) гидромассажа

в) физиотерапии

г) деэпидермизации

д) электрокоагуляции

159. Вторичная костная пластика после основной операции проводится

а) через 10 дней

б) через 1-2 месяца

в) через 3-4 месяца

г) через 6-8 месяцев

д) через 1-1.5 года

160. Сроки проведения вторичной костной пластики обусловлены

а) восстановлением иннервации

б) завершением формирования рубцов

в) завершением формирования сосудов

г) завершением образования костной мозоли

д) степенью восстановления функции челюстей

161. Показанием для проведения первичной костной пластики

является дефект челюсти

а) после периостита

б) после секвестрэктомии

в) после постлучевой некрэктомии

г) после удаления злокачественных опухолей

д) после удаления доброкачественных опухолей

162. Показанием для проведения вторичной костной пластики является

а) секвестрэктомия

б) врожденные деформации челюстей

в) удаление доброкачественных опухолей челюстей

г) удаление злокачественных опухолей челюстей

д) периостит

163. Аутотрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут

а) из ключицы

б) из костей стопы

в) из бедренной кости

г) из гребешка подвздошной кости

164. Аутотрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут

а) из ребра

б) из ключицы

в) из костей стопы

г) из бедренной кости

165. Критерием для проведения вторичной костной пластики

после удаления злокачественных опухолей челюстей является

а) объем опухоли

б) отсутствие рецидива

в) вид первичной опухоли

г) характер метастазирования

166. Лиофилизация костных трансплантатов

а) стерилизует

б) увеличивает прочность

в) увеличивает сроки хранения

г) снижает антигенные свойства

д) усиливает остеоиндуктивные свойства

167. Аутотрансплантат - это материал взятый

а) у пациента

б) у животного

в) у другого индивида

г) у однояйцевого близнеца

168. Аллотрансплантат - это материал взятый

а) у пациента

б) у животного

в) у другого индивида

г) у однояйцевого близнеца

169. Ксенотрансплантат - это материал взятый

а) у пациента

б) у животного

в) у другого индивида

г) у однояйцевого близнеца

170. Сингенный трансплантат - это материал взятый

а) у пациента

б) у животного

в) у другого индивида

г) у однояйцевого близнеца

171. Способ пластики частичного дефекта крыла носа

а) по Рауэру

б) по Суслову

в) лоскутом на микроанастомозе

г) артеризированным лоскутом височной области

172. Способ пластики частичного дефекта концевого отдела носа

а) по Рауэру

б) по Суслову

в) лоскутом на микроанастомозе

г) лоскутом на ножке с губо-щечной складки

д) артеризированным лоскутом височной области

173. Способ пластики дефекта кожной части перегородки носа

а) по Рауэру

б) по Суслову

в) лоскутом на микроанастомозе

г) лоскутом на ножке с губо-щечной складки

д) артеризированным лоскутом височной области

174. Пластика филатовским стеблем показана при дефекте носа

а) крыла

б) тотальном

в) поверхности

175. Особенность пластики носа филатовским стеблем по Хитрову

а) продолжительность лечения

б) одномоментное формирование наружной и внутренней выстилки

в) одномоментное формирование наружной выстилки и перегородки носа

г) одномоментное формирование наружной и внутренней выстилки

и перегородки носа

176. Профилактика рубцовых деформаций носа,

сформированного из тканей филатовского стебля после операции,

заключается в наложении

а) коллодийной повязки

б) формирующей повязки

в) гипсовой повязки и трубок в носовые ходы

г) формирующей повязки и трубок в носовые ходы

177. Количество этапов при пластике губы по Аббе

а) 1

б) 2

в) 3

г) 4

178. Методика пластики несквозных дефектов губ у мужчин

а) Аббе

б) Крайля

в) Лексера

179. Методика пластики деформации верхней губы при врожденной расщелине

а) Крайля

б) Лексера

в) Седилло

г) Лимберга

180. Местные ранние осложнения после пластики дефекта губ

а) некроз лоскутов

б) гиперпигментация

в) неврит лицевого нерва

г) рубцовая трансформация

181. Местные ранние осложнения после пластики дефекта губ

а) гематома

б) гиперпигментация

в) неврит лицевого нерва

г) рубцовая трансформация

182. Местные ранние осложнения после пластики дефекта губ

а) гиперпигментация

б) парез лицевого нерва

в) рубцовая трансформация

г) заживление вторичным натяжением

183. Методика пластики частичных дефектов нижней губы

а) Крайля

б) Шимановского

в) Аббе

г) свободная пересадка тканей

184. Устранение врожденной расщелины верхней губы проводится в возрасте

а) 7 дней

б) 2-х месяцев

в) 1 года

г) 2-х лет

185. Коррегирующая операция при врожденной расщелине верхней губы

проводится по методике

а) Аббе

б) Миларда

в) Лапчинского

г) Шимановского

186. Основными задачами пластики при врожденной расщелине верхней губы

является устранение

а) выворота крыла носа

б) рубцовой деформации

в) искривления перегородки носа

г) дефекта губы и деформации крыла носа

187. При пластике верхней губы фиксация лоскутов осуществляется

а) узловым швом

б) непрерывным швом

в) гипсовой повязкой

г) разгрузочными швами

д) коллодийной повязкой

188. Для предупреждения сужения носового хода после операции

по поводу врожденной расщелины верхней губы используют

а) марлевую турунду

б) коллодийную повязку

в) пенопластовый вкладыш

г) пластмассовый вкладыш

189. Для предупреждения сужения носового хода пластмассовый вкладыш

сохраняют в нижнем носовом ходе в течение

а) 2-х недель

б) 1 месяца

в) 3-х месяцев

г) 1 года

190. При уплощении верхней губы используют методику

а) Аббе

б) Брунса

в) Седилло

г) Диффенбаха

191. При тотальном дефекте нижней губы используют методику

а) Аббе

б) Рауэра

в) Диффенбаха

г) Евдокимова

192. При тотальном дефекте нижней губы используют методику

а) Аббе

б) Брунса

в) Рауэра

г) Евдокимова

193. При тотальном дефекте нижней губы используют методику

а) Аббе

б) Рауэра

в) Седилло

г) Евдокимова

194. При микростоме используют методику

а) Аббе

б) Крайля

в) Бильрота

г) Евдокимова

195. Термин "нижняя ретрогнатия" определяет нижнюю челюсть

а) недоразвитой

б) несимметричной

в) смещенной кзади

г) чрезмерно развитой

196. Термин "нижняя макрогнатия" определяет нижнюю челюсть

а) недоразвитой

б) несимметричной

в) смещенной кзади

г) чрезмерно развитой

197. Термин "нижняя микрогнатия" определяет нижнюю челюсть

а) недоразвитой

б) несимметричной

в) смещенной кзади

г) чрезмерно развитой

198. Термин "асимметричная деформация" определяет нижнюю челюсть

а) недоразвитой

б) несимметричной

в) смещенной кзади

г) чрезмерно развитой

199. Нижняя треть лица у больных с нижней макрогнатией

а) уплощена

б) уменьшена

в) увеличена

г) несимметрична

200. Нижняя треть лица у больных с нижней микрогнатией

а) уплощена

б) уменьшена

в) увеличена

г) несимметрична

201. Нижняя треть лица у больных с нижней ретрогнатией

а) уплощена

б) уменьшена

в) увеличена

г) несимметрична

202. Средняя треть лица у больных с верхней микрогнатией

а) уплощена

б) уменьшена

в) увеличена

г) несимметрична

203. Средняя треть лица у больных с верхней ретрогнатией

а) уплощена

б) уменьшена

в) увеличена

г) несимметрична

204. Средняя треть лица у больных с верхней макрогнатией

а) уплощена

б) уменьшена

в) увеличена

г) несимметрична

205. Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней макрогнатии

а) недоразвитие

б) смещение кзади

в) чрезмерное развитие

г) несимметричная деформация

206. Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней микрогнатии

а) недоразвитие

б) смещение кзади

в) чрезмерное развитие

г) несимметричная деформация

207. Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней ретрогнатии

а) недоразвитие

б) смещение кзади

в) чрезмерное развитие

г) несимметричная деформация

208. Средство для фиксации фрагментов верхней челюсти при ее остеотомии

а) костный шов

б) аппарат Рудько

в) аппарат Збаржа

г) компрессионно-дистракционные аппараты

209. Доступ для выполнения остеотомии верхней челюсти

а) внеротовой

б) внутриротовой

210. При остеотомии верхней челюсти за бугры вводят

а) фасцию

б) комок Биша

в) кусочки хряща

г) костные трансплантаты

д) пластмассовые вкладыши

211. Костные трансплантаты при остеотомии верхней челюсти за бугры вводят

а) для жесткой фиксации

б) для выдвижения челюсти вперед

в) для увеличения объема средней трети лица

г) для исключения смещения челюсти в исходное положение

212. Методы фиксации фрагментов нижней челюсти при ее остеотомии

а) Кохера

б) Бильрота

в) узловые швы

г) костный шов

213. При симметричной нижней макрогнатии

остеостомию чаще всего производят в области

а) углов

б) 44

в) ветвей

г) мыщелковых отростков

214. Дополнением к операционной фиксации фрагментов челюсти

при остеостомии является

а) шина Ванкевича

б) гладкая шина-скоба

в) шина-скоба с распорочным изгибом

г) бимаксиллярные шины с зацепными петлями

215. Расчет смещения челюстей при их остеостомии ведут

а) по ортопантограмме

б) по телерентгенограмме

в) по компьютерной томограмме

г) по панорамной рентгенограмме

д) по обзорной рентгенограмме костей лица

216. Непосредственное интраоперационное осложнение

при остеостомии нижней челюсти

а) слюнной свищ

б) вторичная деформация

в) ишемия тканей операционной области

г) неврит маргинальной ветви n.facialis

д) повреждение нижнеальвеолярной артерии

217. При фрагментарной остеостомии нижней челюсти удаляют

а) 44

б) 33

в) 55

г) 54

д) 45

218. Основные жалобы при нижней макрогнатии

а) увеличение языка

б) косметический дефект, невнятная речь

в) увеличение языка, затрудненное жевание

г) косметический дефект, затрудненное жевание

д) косметический дефект, затрудненное откусывание

219. Причинами развития рецидива

при любом виде остеотомии нижней челюсти являются

а) термическая травма кости

б) послеоперационная гематома

в) травма сосудисто-нервного пучка

г) нарушение иннервации костной ткани

д) технические погрешности при перемещении фрагментов

220. Количество дней фиксации фрагментов нижней челюсти

ортопедическими средствами после ее остеотомии

а) 15

б) 30

в) 60

г) 75

д) 90

221. После проведенной остеотомии на кожу накладывают швы

а) узловые

б) матрацные

в) непрерывные

г) пластиночные

д) разгрузочные

222. При фрагментарной остеотомии используют шину

а) с петлей

б) Васильева

в) шина-скоба

г) Тигерштедта

д) с распорочным изгибом

223. После остеотомии челюстей назначают диету

а) №1

б) №9

в) №15

г) трубочный

д) 2-й челюстной

224. Для профилактики гнойно-воспалительного процесса

после остеотомии челюстей назначают терапию

а) криотерапию

б) химиотерапию

в) антибактериальную

г) дезинтоксикационную

д) противовоспалительную

225. Для профилактики гнойно-воспалительного процесса

после остеотомии челюстей назначают терапию

а) ГБО

б) криотерапию

в) химиотерапию

г) дезинтоксикационную

д) противовоспалительную

226. Нижнюю микрогнатию устраняют

а) по Кохеру

б) по Бильроту

в) костной пластикой

г) пластикой лоскутом Филатова

д) свободной пересадки кожи с клетчаткой

227. Нижнюю ретрогнатию устраняют остеотомией ветвей нижней челюсти

с одномоментной

а) костной пластикой

б) пересадкой фасции

в) приживлением мышцы

г) пересадкой кожного лоскута

228. Для ускорения регенерации костной ткани после остеотомии челюстей

назначают терапию

а) криотерапию

б) физиотерапию

в) химиотерапию

г) дезинтоксикационную

д) противовоспалительную

229. Для ускорения регенерации костной ткани после остеотомии челюстей

назначают терапию

а) ГБО

б) криотерапию

в) химиотерапию

г) дезинтоксикационную

д) противовоспалительную

230. После остеотомии челюстей назначают остеотропные антибиотики

а) пенициллин

б) олететрин

в) линкомицин

г) тетрациклин

д) эритромицин

231. Показанием для фрагментарной остеотомии нижней челюсти является

а) ретрогнатия

б) микрогнатия

в) несимметричная макрогнатия

г) чрезмерное развитие подбородочного отдела

232. При фрагментной остеотомии верхней челюсти удаляют

а) 44

б) 33

в) 55

г) 45

д) 55

233. При остеотомии верхней челюсти внутриротовая фиксация

проводится шиной

а) с петлей

б) шиной-скобой

в) Тигерштедта

г) с распорочным изгибом

234. Погружные швы после остеотомии нижней челюсти выполняются

а) шелком

б) волосом

в) нейлоном

г) кетгутом

235. При остеотомии верхней челюсти

резиновая тяга накладывается после операции

а) через 2 дня

б) через 4 дня

в) через 5 дней

г) через 7 дней

д) через 10 дней

236. Причинами развития рецидива

при любом виде остеотомии верхней челюсти являются

а) термическая травма кости

б) послеоперационная гематома

в) травма сосудисто-нервного пучка

г) нарушение иннервации костной ткани

д) технические погрешности при перемещении фрагментов

Раздел 13

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. Верхней границей подглазничной области является

а) скулочелюстной шов

б) нижний край глазницы

в) край грушевидного отверстия

г) альвеолярный отросток верхней челюсти

002. Нижней границей подглазничной области является

а) скулочелюстной шов

б) нижний край глазницы

в) край грушевидного отверстия

г) альвеолярный отросток верхней челюсти

003. Медиальной границей подглазничной области является

а) скулочелюстной шов

б) нижний край глазницы

в) край грушевидного отверстия

г) альвеолярный отросток верхней челюсти

004. Латеральной границей подглазничной области является

а) скулочелюстной шов

б) нижний край глазницы

в) край грушевидного отверстия

г) альвеолярный отросток верхней челюсти

005. Верхней границей скуловой области является

а) скуловисочный шов

б) скулочелюстной шов

в) передневерхний отдел щечной области

г) передненижний отдел щечной области, нижний край глазницы

006. Нижней границей скуловой области является

а) скуловисочный шов

б) скулочелюстной шов

в) передневерхний отдел щечной области

г) передненижний отдел щечной области, нижний край глазницы

007. Передней границей скуловой области является

а) скуловисочный шов

б) скулочелюстной шов

в) передневерхний отдел щечной области

г) передненижний отдел щечной области, нижний край глазницы

008. Задней границей скуловой области является

а) скуловисочный шов

б) скулочелюстной шов

в) передневерхний отдел щечной области

г) передненижний отдел щечной области, нижний край глазницы

009. Границами глазницы являются

а) стенки глазницы

б) скуловая часть, скулочелюстной шов,

ретробульбарная клетчатка, слезная кость

в) ретробульбарная клетчатка, слезная кость,

лобный отросток скуловой кости, нижнеглазничный шов

010. Верхней границей щечной области является

а) передний край m.masseter

б) нижний край скуловой кости

в) нижний край нижней челюсти

011. Нижней границей щечной области является

а) передний край m.masseter

б) нижний край скуловой кости

в) нижний край нижней челюсти

012. Задней границей щечной области является

а) передний край m.masseter

б) нижний край скуловой кости

в) нижний край нижней челюсти

013. Верхней границей подвисочной ямки является

а) шиловидный отросток

б) бугор верхней челюсти

в) щечно-глоточная фасция

г) подвисочный гребень основной кости

д) наружная пластинка крыловидного отростка

е) внутреняя поверхность ветви нижней челюсти

014. Нижней границей подвисочной ямки является

а) шиловидный отросток

б) бугор верхней челюсти

в) щечно-глоточная фасция

г) подвисочный гребень основной кости

д) наружная пластинка крыловидного отростка

е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

015. Передней границей подвисочной ямки является

а) шиловидный отросток

б) бугор верхней челюсти

в) щечно-глоточная фасция

г) подвисочный гребень основной кости

д) наружная пластинка крыловидного отростка

е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

016. Задней границей подвисочной ямки является

а) шиловидный отросток

б) бугор верхней челюсти

в) щечно-глоточная фасция

г) подвисочный гребень основной кости

д) наружная пластинка крыловидного отростка

е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

017. Внутренней границей подвисочной ямки является

а) шиловидный отросток

б) бугор верхней челюсти

в) щечно-глоточная фасция

г) подвисочный гребень основной кости

д) наружная пластинка крыловидного отростка

е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

018. Наружной границей подвисочной ямки является

а) шиловидный отросток

б) бугор верхней челюсти

в) щечно-глоточная фасция

г) подвисочный гребень основной кости

д) наружная пластинка крыловидного отростка

е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

019. Верхней и задней границей височной области является

а) скуловая дуга

б) височная линия

в) чешуя височной кости

г) лобный отросток скуловой кости

д) подвисочный гребень основной кости

020. Нижней границей височной области является

а) скуловая дуга

б) височная линия

в) чешуя височной кости

г) лобный отросток скуловой кости

д) подвисочный гребень основной кости

021. Передней границей височной области является

а) скуловая дуга

б) височная линия

в) чешуя височной кости

г) лобный отросток скуловой кости

д) подвисочный гребень основной кости

022. Внутренней границей височной области является

а) скуловая дуга

б) височная линия

в) чешуя височной кости

г) лобный отросток скуловой кости

д) подвисочный гребень основной кости

023. Наружной границей височной области является

а) скуловая дуга

б) височная линия

в) чешуя височной кости

г) лобный отросток скуловой кости

д) подвисочный гребень основной кости

024. Верхней границей околоушно-жевательной области является

а) передний край m.masseter

б) нижний край скуловой дуги

в) нижний край тела нижней челюсти

г) задний край ветви нижней челюсти

025. Нижней границей околоушно-жевательной области является

а) передний край m.masseter

б) нижний край скуловой дуги

в) нижний край тела нижней челюсти

г) задний край ветви нижней челюсти

026. Передней границей околоушно-жевательной области является

а) передний край m.masseter

б) нижний край скуловой дуги

в) нижний край тела нижней челюсти

г) задний край ветви нижней челюсти

027. Задней границей околоушно-жевательной области является

а) передний край m.masseter

б) нижний край скуловой дуги

в) нижний край тела нижней челюсти

г) задний край ветви нижней челюсти

028. Верхней границей позадичелюстной области является

а) шиловидный отросток

б) сосцевидный отросток

в) наружный слуховой проход

г) нижний полюс gl.parotis

д) околоушно-жевательная фасция

е) задний край ветви нижней челюсти

029. Нижней границей позадичелюстной области является

а) шиловидный отросток

б) сосцевидный отросток

в) наружный слуховой проход

г) нижний полюс gl.parotis

д) околоушно-жевательная фасция

е) задний край ветви нижней челюсти

030. Передней границей позадичелюстной области является

а) шиловидный отросток

б) сосцевидный отросток

в) наружный слуховой проход

г) нижний полюс gl.parotis

д) околоушно-жевательная фасция

е) задний край ветви нижней челюсти

031. Задней границей позадичелюстной области является

а) шиловидный отросток

б) сосцевидный отросток

в) наружный слуховой проход

г) нижний полюс gl.parotis

д) околоушно-жевательная фасция

е) задний край ветви нижней челюсти

032. Внутренней границей позадичелюстной области является

а) шиловидный отросток

б) сосцевидный отросток

в) наружный слуховой проход

г) нижний полюс gl.parotis

д) околоушно-жевательная фасция

е) задний край ветви нижней челюсти

033. Наружной границей позадичелюстной области является

а) шиловидный отросток

б) сосцевидный отросток

в) наружный слуховой проход

г) нижний полюс gl.parotis

д) околоушно-жевательная фасция

е) задний край ветви нижней челюсти

034. Наружной границей крыловидно-челюстного пространства является

а) щечно-глоточный шов

б) межкрыловидная фасция

в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

035. Внутренней задней и нижней границей

крыловидно-челюстного пространства является

а) щечно-глоточный шов

б) межкрыловидная фасция

в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

036. Верхней границей крыловидно-челюстного пространства является

а) щечно-глоточный шов

б) межкрыловидная фасция

в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

037. Передней границей крыловидно-челюстного пространства является

а) щечно-глоточный шов

б) межкрыловидная фасция

в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

038. Наружной границей окологлоточного пространства является

а) боковая стенка глотки

б) межкрыловидная фасция

в) подчелюстная слюнная железа

г) медиальная крыловидная мышца

д) боковые отростки предпозвоночной фасции

039. Внутренней границей окологлоточного пространства является

а) боковая стенка глотки

б) межкрыловидная фасция

в) подчелюстная слюнная железа

г) медиальная крыловидная мышца

д) боковые отростки предпозвоночной фасции

040. Передней границей окологлоточного пространства является

а) боковая стенка глотки

б) межкрыловидная фасция

в) подчелюстная слюнная железа

г) медиальная крыловидная мышца

д) боковые отростки предпозвоночной фасции

041. Задней границей окологлоточного пространства является

а) боковая стенка глотки

б) межкрыловидная фасция

в) подчелюстная слюнная железа

г) медиальная крыловидная мышца

д) боковые отростки предпозвоночной фасции

042. Нижней границей окологлоточного пространства является

а) боковая стенка глотки

б) межкрыловидная фасция

в) подчелюстная слюнная железа

г) медиальная крыловидная мышца

д) боковые отростки предпозвоночной фасции

043. Верхней границей подъязычной области является

а) челюстно-подъязычная мышца

б) слизистая оболочка дна полости рта

в) подбородочно-язычная и -подъязычная мышцы

г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

044. Нижней границей подъязычной области является

а) челюстно-подъязычная мышца

б) слизистая оболочка дна полости рта

в) подбородочно-язычная и -подъязычная мышцы

г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

045. Наружной границей подъязычной области является

а) челюстно-подъязычная мышца

б) слизистая оболочка дна полости рта

в) подбородочно-язычная и -подъязычная мышцы

г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

046. Внутренней границей подъязычной области является

а) челюстно-подъязычная мышца

б) слизистая оболочка дна полости рта

в) подбородочно-язычная и -подъязычная мышцы

г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

047. Передневерхней границей подподбородочной области является

а) подъязычная кость

б) челюстно-язычная мышца

в) передние брюшки m.digastricus

г) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

048. Задней границей подподбородочной области является

а) подъязычная кость

б) челюстно-язычная мышца

в) передние брюшки m.digastricus

г) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

049. Наружной границей подподбородочной области является

а) подъязычная кость

б) челюстно-язычная мышца

в) передние брюшки m.digastricus

г) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

050. Нижней границей подбородочной области является

а) подъязычная кость

б) челюстно-язычная мышца

в) передние брюшки m.digastricus

г) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

051. Верхневнутренней границей поднижнечелюстной области является

а) челюстно-подъязычная мышца

б) заднее брюшко m.digastricus

в) переднее брюшко m.digastricus

г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

052. Наружной границей поднижнечелюстной области является

а) челюстно-подъязычная мышца

б) заднее брюшко m.digastricus

в) переднее брюшко m.digastricus

г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

053. Передненижней границей поднижнечелюстной области является

а) челюстно-подъязычная мышца

б) заднее брюшко m.digastricus

в) переднее брюшко m.digastricus

г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

054. Задненижней границей поднижнечелюстной области является

а) челюстно-подъязычная мышца

б) заднее брюшко m.digastricus

в) переднее брюшко m.digastricus

г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

055. Верхней границей дна полости рта является

а) основание языка

б) заднее брюшко m.digastricus

в) кожа поднижнечелюстных областей

г) слизистая оболочка дна полости рта

д) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

056. Нижней границей дна полости рта является

а) основание языка

б) заднее брюшко m.digastricus

в) кожа поднижнечелюстных областей

г) слизистая оболочка дна полости рта

д) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

057. Передненаружной границей дна полости рта является

а) основание языка

б) заднее брюшко m.digastricus

в) кожа поднижнечелюстных областей

г) слизистая оболочка дна полости рта

д) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

058. Внутренней границей дна полости рта является

а) основание языка

б) заднее брюшко m.digastricus

в) кожа поднижнечелюстных областей

г) слизистая оболочка дна полости рта

д) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

059. Задней границей дна полости рта является

а) основание языка

б) заднее брюшко m.digastricus

в) кожа поднижнечелюстных областей

г) слизистая оболочка дна полости рта

д) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

060. Верхней границей основания (корня) языка является

а) собственные мышцы языка

б) челюстно-подъязычная мышца

в) подбородочно-язычная и подъязычно-язычные

г) мышцы с обеих сторон

061. Нижней границей основания (корня) языка является

а) собственные мышцы языка

б) челюстно-подъязычная мышца

в) подбородочно-язычная и подъязычно-язычные

г) мышцы с обеих сторон

062. Наружной границей основания (корня) языка является

а) собственные мышцы языка

б) челюстно-подъязычная мышца

в) подбородочно-язычная и подъязычно-язычные

г) мышцы с обеих сторон

063. Затруднение при глотании появляется при флегмоне

а) височной

б) скуловой

в) щечной области

г) дна полости рта

д) околоушно-жевательной

064. Затруднение при глотании появляется при флегмоне

а) височной

б) скуловой

в) щечной области

г) околоушно-жевательной

д) окологлоточного пространства

065. Затруднение при глотании появляется при флегмоне

а) височной

б) скуловой

в) щечной области

г) околоушно-жевательной

д) крыловидно-челюстного пространства

066. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

а) височной

б) скуловой

в) подчелюстной

г) подглазничной

д) щечной области

067. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

а) скуловой

б) подчелюстной

в) подглазничной

г) щечной области

д) околоушно-жевательной

068. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

а) скуловой

б) подчелюстной

в) подглазничной

г) щечной области

д) крыловидно-челюстного пространства

069. Ранним осложнением при флегмоне глазницы может быть

а) ксеротомия

б) выворот век

в) потеря зрения

г) парез лицевого нерва

070. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны

а) осложнениями

б) наличием воспалительной реакции лимфатических узлов

в) скоростью нарастания симптомов интоксикации

г) выраженностью местных клинических проявлений

д) одной из стенок гнойного очага является челюстная кость

071. Аденофлегмоны развиваются по причине

а) абсцедирующего фурункула

б) периапикального воспаления

в) паренхиматозного сиалоаденита

г) распространения воспалительного процесса из других областей

д) распространения воспалительного процесса

за пределы лимфатического узла

072. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является

а) паротит

б) медиастенит

в) флебит угловой вены

г) парез лицевого нерва

д) гематома мягких тканей

073. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является

а) паротит

б) медиастенит

в) парез лицевого нерва

г) гематома мягких тканей

д) тромбоз синусов головного мозга

074. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является

а) паротит

б) медиастенит

в) парез лицевого нерва

г) гематома мягких тканей

д) тромбоз синусов головного мозга

075. Показанием для проведения блокад по Вишневскому является

а) отек

б) инфильтрат

в) эмпиема верхнечелюстной пазухи

г) инфильтрат с признаками абсцедирования

076. Для ускорения абсцедирования назначают

а) парафинотерапию

б) грязевые аппликации

в) УВЧ в нетепловой дозе

г) УВЧ в слаботепловой дозе

д) УВЧ в субэритемных дозах

077. Для ускорения очищения гнойной раны назначают

а) УВЧ

б) массаж

в) электрофорез

г) гальванизацию

д) флюктуаризацию

078. Возбудителями при флегмоне дна полости рта чаще всего являются

а) анаэробы

б) стафилококки

в) лучистые грибы

г) бледные спирохеты

д) туберкулезные микобактерии

079. Причиной для развития флегмоны дна полости рта

является воспалительный процесс в области

а) верхней губы

б) зубов нижней челюсти

в) зубов верхней челюсти

г) лимфоузлов щечной области

д) лимфоузлов околоушной области

080. Типичным клиническим признаком флегмоны дна полости рта является

а) тризм

б) отек крыло-челюстной складки

в) отек и гиперемия щечных областей

г) гиперемия кожи в области нижней губы

д) инфильтрат мягких тканей

в поднижнечелюстных и подбородочных областях

081. Флегмону дна полости рта необходимо дифференцировать

а) с тризмом

б) с ангиной Людвига

в) с карбункулом нижней губы

г) с флегмоной щечной области

д) с флегмоной височной области

082. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне дна полости рта

чаще всего бывает абсцесс

а) в щечной области

б) в подвисочной ямке

в) в жевательной мышце

г) в околоушной слюнной железе

д) в крыловидно-челюстном пространстве

083. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне дна полости рта

чаще всего бывает абсцесс

а) в щечной области

б) в подвисочной ямке

в) в жевательной мышце

г) в околоушной слюнной железе

д) в заднечелюстном и окологлоточном пространстве

084. В день обращения при флегмоне дна полости рта необходимо

а) вскрыть гнойный очаг

б) начать иглорефлексотерапию

в) сделать новокаиновую блокаду

г) назначить физиотерапевтическое лечение

д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

085. При флегмоне дна полости рта поражаются

а) поднижнечелюстное клетчаточное пространство

б) подподбородочное клетчаточное пространство

в) субмассетериальное клетчаточное пространство

086. При флегмоне дна полости рта имеются боли в языке

а) да

б) нет

087. Наиболее характерен для флегмоны дна полости рта

следующий набор признаков

а) острое начало; инфильтрат определяется в подъязычной

и подчелюстной области; язык и подъязычные валики увеличены;

дыхание и глотание затруднено; рот полуоткрыт

б) острое начало; инфильтрат в области тела языка; язык отечен

и увеличен; глотание болезненно; рот полуоткрыт

в) острое начало; ограничение открывания рта;

первый нижний моляр разрушен; инфильтрат между языком и телом

нижней челюсти; боли при движении языком

088. Резкому обезвоживанию организма при флегмоне дна полости рта

способствует

а) нарушение электролитного баланса

б) изменение свертывающей системы крови

в) повышенный диурез

г) почечная недостаточность

д) невозможность приема жидкости из-за резкого отека

и болей в области языка и дна полости рта

089. Из-за отека сглаживается челюстно-язычный желобок

а) при паратонзиллярном абсцессе

б) при флегмоне дна полости рта

в) при флегмоне челюстно-язычного желобка

г) при флегмоне подподбородочной области

д) крыловидно-нижнечелюстного пространства

090. Оперативный доступ при лечении флегмоны дна полости рта

заключается в разрезе

а) в подбородочной области

б) окаймляющем угол нижней челюсти

в) слизистой оболочке по крыло-челюстной складке

г) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

д) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы

от угла до угла

091. Выполняя разрез при лечении флегмоны дна полости рта можно повредить

а) язык

б) скуловую кость

в) лицевую артерию

г) щитовидную железу

д) околоушную слюнную железу

092. Выполняя разрез при лечении флегмоны дна полости рта можно повредить

а) язык

б) скуловую кость

в) nervus facialis

г) околоушную слюнную железу

д) поднижнечелюстную слюнную железу

093. При неблагоприятном течении флегмоны дна полости рта

инфекция распространяется

а) в средостение

б) в субдуральное пространство

в) в околоушную слюнную железу

г) в крыло-небное венозное сплетение

д) в венозные синусы головного мозга

094. Отдаленным местным осложнением флегмоны дна полости рта является

а) слюнной свищ

б) менингоэнцефалит

в) абсцесс головного мозга

г) рубцовый выворот верхней губы

д) тромбоз венозных синусов головного мозга

095. В комплекс лечения флегмоны дна полости рта входит

а) криотерапия

б) химиотерапия

в) физиолечение

г) рентгенотерапия

д) электрокоагуляция

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

а) в области флюктуации

б) в проекции корня языка

в) по границе гиперемии кожи

г) на всю ширину инфильтрата

д) в месте наибольшей болезненности

097. В комплекс терапии флегмоны дна полости рта входит

а) лучевая

б) седативная

в) мануальная

г) гипотензивная

д) десенсибилизирующая

098. В комплекс терапии флегмоны дна полости рта входит

а) лучевая

б) седативная

в) мануальная

г) гипотензивная

д) дезинтоксикационная

099. В комплекс терапии флегмоны дна полости рта входит

а) лучевая

б) седативная

в) мануальная

г) гипотензивная

д) антибактериальная

100. Основным функциональным нарушением при флегмоне дна полости рта

является

а) птоз

б) гипосаливация

в) затруднение глотания

г) парез язычного нерва

д) парез третьей ветви n.facialis

101. Возбудителями при флегмоне подбородочной области чаще всего являются

а) анаэробы

б) стафилококки

в) лучистые грибы

г) бледные спирохеты

д) туберкулезные микобактерии

102. Причиной для развития флегмоны подподбородочной области

является воспалительный процесс в области

а) верхней губы

б) зубов верхней челюсти

в) 43211234

г) лимфоузлов щечной области

д) лимфоузлов околоушной области

103. Признаками, характерными для анамнеза флегмоны

подподбородочной области, являются

а) острое начало

б) боль в области одного из передних зубов нижней челюсти

в) обильная саливация

г) ограничение открывания рта

д) верно а) и б)

104. Типичным клиническим признаком флегмоны подподбородочной области

является

а) тризм

б) отек крыло-челюстной складки

в) отек и гиперемия щечных областей

г) гиперемия кожи в области нижней губы

д) инфильтрат и гиперемия тканей в подподбородочной областях

105. Для флегмоны подподбородочной области наиболее характерно

а) острое начало; боли при глотании; высокая температура;

обильная саливация

б) острое начало; движения языком болезненны; сухость во рту;

ограничение открывания рта; разрушен нижний моляр

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

субфебрильная температура; открывание рта свободное; сухость во рту;

уплотнение и болезненность в подчелюстной области

г) острое начало; субфебрильная температура; открывание рта свободное;

инфильтрат книзу от подбородка; разрушен первый резец

д) острое начало; подъязычный валик гиперемирован; язык приподнят,

отечен в переднем отделе; сухость во рту;

уплотнение и болезненность в подчелюстной области

106. Правильно ли, что при флегмоне подподбородочной области отмечаются

изменения слизистой оболочки подъязычной области

в передних и боковых отделах?

а) да

б) нет

107. Флегмону подподбородочной области дифференцируют

а) с тризмом

б) с абсцессом корня языка

в) с карбункулом нижней губы

г) с флегмоной щечной области

д) с флегмоной височной области

108. Первичной локализацией гнойного очага

при флегмоне подподбородочной области чаще всего бывает абсцесс

а) в щечной области

б) в подвисочной ямке

в) в жевательной мышце

г) в поднижнечелюстной области

д) в крыловидно-челюстном пространстве

109. Первичной локализацией гнойного очага

при флегмоне подподбородочной области чаще всего бывает абсцесс

а) в щечной области

б) в подвисочной ямке

в) в подъязычной области

г) в жевательной мышце

д) в заднечелюстном и окологлоточном пространстве

110. В день обращения при флегмоне подподбородочной области необходимо

а) вскрыть гнойный очаг

б) начать инглорефлексотерапию

в) сделать новокаиновую блокаду

г) назначить физиотерапевтическое лечение

д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

111. Оперативный доступ при лечении флегмоны подподбородочной области

заключается в разрезе

а) окаймляющем угол нижней челюсти

б) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

в) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы

г) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

д) в подбородочной области параллельно

краю фронтального отдела нижней челюсти

112. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области

инфекция распространяется

а) в средостение

б) в субдуральное пространство

в) в околоушную слюнную железу

г) в крыло-небное венозное сплетение

д) в венозные синусы головного мозга

113. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области

инфекция распространяется

а) в область корня языка

б) в околоушную слюнную железу

в) в субдуральное пространство

г) в венозные синусы головного мозга

д) в крыло-небное венозное сплетение

114. В комплекс лечения флегмоны подподбородочной области входит

а) криотерапия

б) физиолечение

в) химиотерапия

г) рентгенотерапия

д) электрокоагуляция

115. Разрез при флегмоне подподбородочной области достаточен,

если он сделан

а) в области флюктуации

б) в проекции корня языка

в) по границе гиперемии кожи

г) на всю ширину инфильтрата

д) в месте наибольшей болезненности

116. В комплекс терапии флегмоны подподбородочной области входит

а) лучевая

б) седативная

в) мануальная

г) гипотензивная

д) десенсибилизирующая

117. В комплекс терапии флегмоны подподбородочной области входит

а) лучевая

б) седативная

в) мануальная

г) гипотензивная

д) дезинтоксикационная

118. В комплекс терапии флегмоны подподбородочной области входит

а) лучевая

б) седативная

в) мануальная

г) гипотензивная

д) антибактериальная

119. Возбудителями при флегмоне поднижнечелюстной области чаще всего

являются

а) анаэробы

б) стрептококки

в) лучистые грибы

г) бледные спирохеты

д) туберкулезные микобактерии

120. Причиной для развития флегмоны поднижнечелюстной области

является воспалительный процесс в области

а) верхней губы

б) 8765445678

в) зубов верхней челюсти

г) лимфоузлов щечной области

д) лимфоузлов околоушной области

121. Типичным клиническим признаком флегмоны поднижнечелюстной области

является

а) тризм

б) гиперемия кожи в области нижней губы

в) отек крыло-челюстной складки

г) инфильтрат и гиперемия тканей в поднижнечелюстной области

д) отек и гиперемия щечных областей

122. К признакам, характерным для анамнеза флегмоны поднижнечелюстной

области, относятся

а) заболевание начинается остро

б) заболевание развивается медленно, в течение 5-7 суток

в) повышение температуры тела

г) парестезия в языке

д) верно а) и в)

123. Объективными признаками,

характерными для флегмоны поднижнечелюстной области, являются

а) резкое ограничение открывания рта

б) кожа гиперемирована, напряжена

в) разрушенный моляр на нижней челюсти

г) верно б),в),д)

д) повышение температуры

124. Наиболее характерен для флегмоны поднижнечелюстной области

следующий набор признаков

а) острое начало; болезненное глотание; контрактура нижней челюсти;

высокая температура; инфильтрат под углом нижней челюсти

б) острое начало; сглаженность переходной складки; сухость во рту;

разрушенный нижний моляр; боль при жевании

в) высокая температура; разлитая отечность в средней и нижней трети

бокового отдела лица; инфильтрат в области угла нижней челюсти;

ограничение открывания рта до 0.5 см; разрушенный 8 зуб

г) острое начало; высокая температура; глотание слегка болезненно;

воспалительная контрактура I степени разрушенный 7 зуб

д) заболевание развивается медленно в течение 5-7 суток;

субфебрильная температура;

уплотнение и болезненность в поднижнечелюстной области;

сухость во рту; болезненность по ходу Вартанова протока

125. "Причинными" зубами при развитии

флегмоны поднижнечелюстной области могут быть

а) нижние моляры

б) верхние моляры

в) закономерности нет

126. Флегмону поднижнечелюстной области необходимо дифференцировать

а) с тризмом

б) с карбункулом нижней губы

в) с флегмоной височной области

г) с флегмоной щечной области

д) с острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы

127. Первичной локализацией гнойного очага

при флегмоне поднижнечелюстной области чаще всего бывает абсцесс

а) в щечной области

б) в клыковой ямке

в) в подвисочной ямке

г) в жевательной мышце

д) в крыловидно-челюстном пространстве

128. Первичной локализацией гнойного очага

при флегмоне поднижнечелюстной области чаще всего бывает абсцесс

а) в щечной области

б) в подвисочной ямке

в) в подъязычной области

129. Оперативный доступ при лечении флегмоны поднижнечелюстной области

заключается в разрезе

а) в подбородочной области

б) окаймляющем угол нижней челюсти

в) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

г) параллельно краю нижней челюсти

дугообразной формы от угла до угла

д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

отступя на 1.5 см книзу

130. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области,

можно повредить

а) язык

б) скуловую кость

в) лицевую артерию

г) щитовидную железу

д) околоушную слюнную железу

131. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области,

можно повредить

а) язык

б) нижнюю губу

в) скуловую кость

г) краевую ветвь n.facialis

г) щитовидную железу

д) околоушную слюнную железу

132. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области,

можно повредить

а) язык

б) нижнюю губу

в) скуловую кость

г) околоушную слюнную железу

д) поднижнечелюстную слюнную железу

133. При неблагоприятном течении флегмоны поднижнечелюстной области

инфекция распространяется

а) в средостение

б) в субдуральное пространство

в) в околоушную слюнную железу

г) в крыло-небное венозное сплетение

д) в венозные синусы головного мозга

134. В комплекс лечения флегмоны поднижнечелюстной области входит

а) ГБО-терапия

б) криотерапия

в) химиотерапия

г) рентгенотерапия

д) электрокоагуляция

135. Разрез при флегмоне поднижнечелюстной области достаточен,

если он сделан

а) в области флюктуации

б) в проекции корня языка

в) по границе гиперемии кожи

г) на всю ширину инфильтрата

д) в месте наибольшей болезненности

136. В комплекс терапии флегмоны поднижнечелюстной области входит

а) лучевая

б) седативная

в) мануальная

г) гипотензивная

д) десенсибилизирующая

137. В комплекс терапии флегмоны поднижнечелюстной области входит

а) лучевая

б) седативная

в) мануальная

г) гипотензивная

д) дезинтоксикационная

138. В комплекс терапии флегмоны поднижнечелюстной области входит

а) лучевая

б) седативная

в) мануальная

г) гипотензивная

д) антибактериальная

139. Возбудителями при абсцессе челюстно-зычного желобка

чаще всего являются

а) анаэробы

б) лучистые грибы

в) бледные спирохеты

г) стафилококки, стрептококки

д) туберкулезные микобактерии

140. Причиной для развития абсцесса челюстно-язычного желобка

является воспалительный процесс в области

а) верхней

б) 876678

в) зубов верхней челюсти

г) лимфоузлов щечной области

д) лимфоузлов околоушной области

141. Признаками, характерными для анамнеза

абсцесса челюстно-язычного желобка, являются

а) острое начало

б) ограничение открывания рта

в) кариозно-разрушенный моляр нижней челюсти

г) верно а),б),в)

д) гиперемия зева

142. Типичным клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного желобка

является

а) тризм

б) отек и гиперемия щечных областей

в) гиперемия кожи в области нижней губы

г) отек и гиперемия тканей дна полости рта

д) инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области

143. Типичным клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного желобка

является

а) тризм

б) отек и гиперемия щечных областей

в) гиперемия кожи в области нижней губы

г) боль при глотании, ограничение открывание рта

д) инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области

144. Правильно ли, что при абсцессе челюстно-язычного желобка

имеются мучительные боли, резко усиливающиеся при приеме пищи

и разговоре?

а) да

б) нет

145. Объективными признаками,

характерными для абсцесса челюстно-язычного желобка, являются

а) отечность щеки

б) верно в),г),д)

в) резкая боль, усиливающаяся при разговоре

г) затрудненное открывание рта

д) ограничение открывания рта

146. Наиболее характерен для абсцесса челюстно-язычного желобка

следующий набор признаков

а) острое начало; высокая температура; боль в области нижней челюсти;

гиперемия слизистой подъязычной области в боковом отделе;

кариезно разрушенный моляр на нижней челюсти

б) острое начало; боли при глотании; затрудненное открывание рта;

увеличенные болезненные лимфатические узлы подчелюстной области;

инфильтрат подъязычной области на уровне моляров

в) острое начало; боль при глотании;

ограничение открывания рта; передняя небная дужка смещена

медиально; инфильтрат под углом челюсти;

г) высокая температура; небольшое ограничение открывания рта;

разлитой инфильтрат; снижение слуха с одной стороны;

боль при жевании

147. Абсцесс челюстно-язычного желобка необходимо дифференцировать

а) с периоститом нижней челюсти

б) с флегмоной окологлоточного пространства

в) с абсцессом корня языка

г) правильные ответы а),б),в)

д) с острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы

148. При обследовании полости рта у больного с воспалительной контрактурой

нижней челюсти применяется

а) анестезия по методу Вайсолата

б) анестезия по методу Вайсбрема

в) анестезия по методу Барше - Дубова - Уварова

г) анестезия по методу Егорова

д) ни один из перечисленных методов анестезии

не дает желаемого результата

149. Абсцесс челюстно-язычного желобка необходимо дифференцировать

а) с тризмом

б) с карбункулом нижней губы

в) с флегмоной щечной области

г) с флегмоной височной области

д) с абсцессом крыловидно-челюстного пространства

150. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка

инфекция распространяется

а) в околоушную слюнную железу

б) в субдуральное пространство

в) в крыло-небное венозное сплетение

г) в венозные синусы головного мозга

д) в крыловидно-челюстное пространство

151. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка

инфекция распространяется

а) к корню языка

б) в субдуральное пространство

в) в околоушную слюнную железу

г) в крыло-небное венозное сплетение

д) в венозные синусы головного мозга

152. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка

инфекция распространяется

а) в субдуральное пространство

б) в поднижнечелюстную область

в) в околоушную слюнную железу

г) в крыло-небное венозное сплетение

д) в венозные синусы головного мозга

153. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка

инфекция распространяется

а) в субдуральное пространство

б) в околоушную слюнную железу

в) в крыло-небное венозное сплетение

г) в венозные синусы головного мозга

д) в окологлоточное пространство

154. В день обращения при абсцессе челюстно-язычного желобка необходимо

а) вскрыть гнойный очаг

б) начать иглорефлексотерапию

в) сделать новокаиновую блокаду

г) назначить физиотерапевтическое лечение

д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

155. Оперативный доступ при лечении абсцесса челюстно-язычного желобка

заключается в разрезе

а) окаймляющем угол нижней челюсти

б) слизистой оболочки челюстно-язычного желобка

ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти

в) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

г) в слизистой оболочке по крыловидно-челюстной складке

156. Выполняя разрез при лечении абсцесса челюстно-язычного желобка

можно повредить

а) язык

б) язычный нерв

в) скуловую кость

г) лицевую артерию

д) околоушную слюнную железу

157. Выполняя разрез при лечении абсцесса челюстно-язычного желобка

можно повредить

а) язык

б) скуловую кость

в) лицевую артерию

г) язычную артерию

д) околоушную слюнную железу

158. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка

инфекция распространяется

а) в субдуральное пространство

б) в околоушную слюнную железу

в) в окологлоточное пространство

г) в крыло-небное венозное сплетение

д) в венозные синусы головного мозга

159. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка

инфекция распространяется

а) в ткани дна полости рта

б) в субдуральное пространство

в) в околоушную слюнную железу

г) в крыло-небное венозное сплетение

д) в венозные синусы головного мозга

160. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка

инфекция распространяется

а) в околоушную слюнную железу

б) в субдуральное пространство

в) в крыло-небное венозное сплетение

г) в венозные синусы головного мозга

д) в поднижнечелюстную область, в ткани дна полости рта

161. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка

инфекция распространяется

а) в средостение

б) в субдуральное пространство

в) в околоушную слюнную железу

г) в венозные синусы головного мозга

д) в крыло-небное венозное сплетение

162. В комплекс лечения абсцесса челюстно-язычного желобка входит

а) криотерапия

б) химиотерапия

в) физиолечение

г) рентгенотерапия

д) электрокоагуляция

163. В комплекс терапии абсцесса челюстно-язычного желобка входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) десенсибилизирующая терапия

164. В комплекс терапии абсцесса челюстно-язычного желобка входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) дезинтоксикационная терапия

165. В комплекс терапии абсцесса челюстно-язычного желобка входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) антибактериальная терапия

166. Возбудителями при флегмоне крыловидно-челюстного пространства

чаще всего являются

а) анаэробы

б) стафилококки

в) лучистые грибы

г) бледные спирохеты

д) туберкулезные микобактерии

167. Причиной для развития флегмоны крыловидно-челюстного пространства

является воспалительный процесс в области

а) верхней губы

б) третьих моляров

в) зубов верхней челюсти

г) лимфоузлов щечной области

д) лимфоузлов околоушной области

168. Признаками, характерными для анамнеза флегмоны

крыловидно-челюстного пространства, являются

а) острое начало

б) ограничение открывания рта

в) болезненность при жевании

г) парестезия в языке

д) правильные ответы а),б),в)

169. Объективными признаками,

характерными для флегмоны крыловидно-челюстного пространства,

являются

а) инфильтрат под углом челюсти

б) резкое ограничение открывания рта

в) правильные ответы а),б),д)

г) обильная саливация

д) отечность слизистой в области ретромолярного треугольника

170. Типичным клиническим признаком

флегмоны крыловидно-челюстного пространства является

а) диплопия

б) отек и гиперемия щечных областей

в) боль и ограничение открывания рта

г) инфильтрат челюстно-язычного желобка

д) инфильтрат мягких тканей подподбородочной области

171. Наиболее характерен для флегмоны крыловидно-челюстного пространства

следующий набор признаков

а) острое начало; разлитой инфильтрат в околоушно-жевательной

области; контрактура височно-нижнечелюстного сустава;

болезненность при глотании;

увеличение подчелюстных лимфатических узлов

б) острое начало; боли при глотании; рот открывается на 3 см;

передняя небная дужка смещена медиально;

увеличение подчелюстных лимфатических узлов

в) острое начало, высокая температура; ограничение открывания рта;

инфильтрат под углом челюсти;

передняя небная дужка смещена медиально; боли при глотании

г) острое начало; боли при глотании; высокая температура;

гиперемия зева; увеличены и болезненны подчелюстные

лимфатические узлы

д) острое начало; высокая температура; ограничение открывания рта;

инфильтрат под углом челюсти; боли при жевании

172. Правильно ли, что при флегмоне крыловидно-челюстного пространства

может возникнуть онемение нижней губы?

а) да

б) нет

173. Правильно ли, что флегмона крыловидно-челюстного пространства

чаще возникает от "причинного" верхнего третьего моляра?

а) да

б) нет

174. Правильно ли, что при флегмоне крыловидно-челюстного пространства

надавливание в области угла нижней челюсти усиливает боль?

а) да

б) нет

175. Типичным клиническим признаком

флегмоны крыловидно-челюстного пространства является

а) диплопия

б) отек и гиперемия щечных областей

в) инфильтрат челюстно-язычного желобка

г) гиперемия кожи околоушной-жевательной области

д) инфильтрат мягких тканей в области угла нижней челюсти

176. Типичным клиническим признаком

флегмоны крыловидно-челюстного пространства является

а) диплопия

б) отек и гиперемия щечных областей

в) инфильтрат челюстно-язычного желобка

г) гиперемия кожи околоушно-жевательной области

д) отек и гиперемия крыловидно-челюстной складки

177. Флегмону крыловидно-челюстного пространства

необходимо дифференцировать

а) с карбункулом нижней губы

б) с флегмоной щечной области

в) с флегмоной височной области

г) с флегмоной поднижнечелюстной области

д) с абсцессом околоушно-жевательной области

178. Флегмону крыловидно-челюстного пространства

необходимо дифференцировать

а) с карбункулом нижней губы

б) с флегмоной щечной области

в) с флегмоной височной области

г) с лимфаденитом поднижнечелюстной области

д) с абсцессом околоушно-жевательной области

179. Флегмону крыловидно-челюстного пространства

необходимо дифференцировать

а) с абсцессом челюстно-язычного желобка

б) с флегмоной окологлоточного пространства

в) с флегмоной жевательной мышцы

г) правильные ответы а),б),д)

д) с ангиной

180. Флегмону крыловидно-челюстного пространства

необходимо дифференцировать

а) с карбункулом нижней губы

б) с флегмоной щечной области

в) с паратонзиллярным абсцессом

г) с флегмоной височной области

д) с абсцессом околоушно-жевательной области

181. Первичной локализацией гнойного очага

при флегмоне крыловидно-челюстного пространства

чаще всего бывает абсцесс

а) в щечной области

б) в подвисочной ямке

в) в жевательной мышце

г) в поднижнечелюстной области

д) в поднижнечелюстной слюнной железе

182. Первичной локализацией гнойного очага

при флегмоне крыловидно-челюстного пространства

чаще всего бывает абсцесс

а) в щечной области

б) в жевательной мышце

в) в ретромолярной области

г) в поднижнечелюстной области

д) в поднижнечелюстной слюнной железе

183. Первичной локализацией гнойного очага

при флегмоне крыловидно-челюстного пространства

чаще всего бывает абсцесс

а) в щечной области

б) в жевательной мышце

в) в челюстно-язычном желобке

г) в поднижнечелюстной области

д) в поднижнечелюстной слюнной железе

184. Первичной локализацией гнойного очага

при флегмоне крыловидно-челюстного пространства

чаще всего бывает абсцесс

а) в щечной области

б) в крыло-небной ямке

в) в жевательной мышце

г) в поднижнечелюстной области

д) в поднижнечелюстной слюнной железе

185. В день обращения при флегмоне крыловидно-челюстного пространства

необходимо

а) вскрыть гнойный очаг

б) начать иглорефлексотерапию

в) сделать блокаду анестетиком

г) назначить физиотерапевтическое лечение

д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

186. Оперативный доступ при лечении

флегмоны крыловидно-челюстного пространства заключается в разрезе

а) в подбородочной области

б) окаймляющем угол нижней челюсти

в) слизистой оболочке по крыло-челюстной складке

г) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы

от угла до угла

д) по переходной складке нижней челюсти в области причинного зуба

187. Оперативный доступ

при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства

заключается в разрезе

а) предушным доступом

б) в подбородочной области

в) в поднижнечелюстной области

г) по переходной складке нижней челюсти в области причинного зуба

д) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы

от угла до угла

188. В комплекс терапии флегмоны крыловидно-челюстного пространства

входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) десенсибилизирующая терапия

189. В комплекс терапии флегмоны крыловидно-челюстного пространства

входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) дезинтоксикационная терапия

190. В комплекс терапии флегмоны крыловидно-челюстного пространства

входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) антибактериальная терапия

191. Выполняя разрез при лечении

флегмоны крыловидно-челюстного пространства наружным доступом

можно повредить

а) язычный нерв

б) скуловую кость

в) диафрагмальный нерв

г) краевую ветвь n.facialis

д) околоушную слюнную железу

192. Выполняя разрез при лечении

флегмоны крыловидно-челюстного пространства внутриротовым доступом

можно повредить

а) язычный нерв

б) скуловую кость

в) диафрагмальный нерв

г) нижнелуночковый нерв

д) околоушную слюнную железу

193. При неблагоприятном течении

флегмоны крыловидно-челюстного пространства

инфекция распространяется

а) в средостение

б) в субдуральное пространство

в) в околоушную слюнную железу

г) в венозные синусы головного мозга

д) в крыло-небное венозное сплетение

194. Отдаленным местным осложнением

флегмоны крыловидно-челюстного пространства является

а) менингоэнцефалит

б) мышечная контрактура

в) абсцесс головного мозга

г) рубцовый выворот верхней губы

д) тромбоз венозных синусов головного мозга

195. В комплекс терапии флегмоны крыловидно-челюстного пространства

входит

а) криотерапия

б) физиолечение

в) химиотерапия

г) рентгенотерапия

д) электрокоагуляция

196. Какой из перечисленных наборов анатомических границ

верен для околоушно-жевательной области?

а) верхняя граница - нижний край скуловой кости и скуловой дуги;

нижняя граница - нижний край нижней челюсти;

передняя граница - передний край жевательной мышцы;

задняя граница - задний край нижней челюсти

б) верхняя граница - нижний край скуловой кости и дуги;

нижняя граница - передний край околоушной железы;

передняя граница - нижний край нижней челюсти;

задняя граница - задний край нижней челюсти

в) верхняя граница - нижний край скуловой кости и дуги;

нижняя граница - нижний край нижней челюсти;

передняя граница - передний край жевательной мышцы;

задняя граница - задний край нижней челюсти

г) верхняя граница - нижний край скуловой кости и дуги;

нижняя граница - нижний край нижней челюсти;

передняя граница - передний край околоушной железы;

задняя граница - задний край околоушной железы

197. Характерна ли для флегмоны околоушно-жевательной области

отечность слизистой в заднем отделе щеки?

а) да

б) нет

198. Является ли околоушно-жевательная фасция

футляром для жевательной мышцы?

а) да

б) нет

199. Можно ли затрудненное открывание рта

при флегмоне околоушно-жевательной области называть тризмом?

а) да

б) нет

200. Флегмона околоушно-жевательной области

может развиться при заболевании

а) верхних резцов

б) нижних резцов

в) верхних моляров

г) нижних клыков

д) нижних премоляров

е) нижних моляров

201. Боли при глотании не будет

а) при флегмоне крыловидно-челюстного пространства

б) при флегмоне окологлоточного пространства

в) при флегмоне околоушно-жевательной области

г) при абсцессе челюстно-язычного желобка

202. Типичным клиническим признаком

флегмоны околоушно-жевательной области является

а) отек верхнего века

б) отек крыло-челюстной складки

в) отек и гиперемия щечной области

г) гиперемия кожи в области нижней губы

д) инфильтрат и гиперемия околоушно-жевательной области

203. Типичным клиническим признаком

флегмоны околоушно-жевательной области является

а) отек верхнего века

б) ограничение открывания рта

в) отек крыло-челюстной складки

г) отек и гиперемия щечной области

д) гиперемия кожи в области нижней губы

204. Типичным клиническим признаком

флегмоны околоушно-жевательной области является

а) только инфильтрат

б) отек верхнего века

в) только гиперемия кожи

г) гиперемия и инфильтрат

д) отек и гиперемия щечной области

205. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

а) с ангиной Людвига

б) с карбункулом нижней губы

в) с флегмоной щечной области

г) с флегмоной височной области

д) с обострением хронического гайморита

206. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

а) с ангиной Людвига

б) с карбункулом нижней губы

в) с флегмоной височной области

г) с подмассетериальным абсцессом

д) с обострением хронического гайморита

207. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

а) с ангиной Людвига

б) с карбункулом нижней губы

в) с абсцедирующим паротитом

г) с флегмоной височной области

д) с обострением хронического гайморита

208. Первичной локализацией гнойного очага

при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс

а) в клыковой ямке

б) в щечной области

в) в верхнечелюстной пазухе

г) в подбородочной области

д) в челюстно-язычном желобке

209. Первичной локализацией гнойного очага

при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс

а) в клыковой ямке

б) в височной области

в) в верхнечелюстной пазухе

г) в подбородочной области

д) в челюстно-язычном желобке

210. Первичной локализацией гнойного очага

при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс

а) в клыковой ямке

б) в подвисочной ямке

в) в верхнечелюстной пазухе

г) в подподбородочной области

д) в челюстно-язычном желобке

211. Первичной локализацией гнойного очага

при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс

а) в клыковой ямке

б) в верхнечелюстной пазухе

в) в подподбородочной области

г) в челюстно-язычном желобке

д) в околоушной слюнной железе

212. Выполняя разрез при лечении флегмоны околоушно-жевательной области

можно повредить

а) лицевую артерию

б) щитовидную железу

в) краевую ветвь n.facialis

г) подъязычную слюнную железу

д) третью ветвь тройничного нерва

213. Выполняя разрез при лечении флегмоны околоушно-жевательной области

можно повредить

а) лицевую артерию

б) щитовидную железу

в) околоушную слюнную железу

г) подъязычную слюнную железу

д) третью ветвь тройничного нерва

214. Для вскрытия флегмоны околоушно-жевательной области

используется доступ

а) наружный

б) внутриротовой

215. Оперативный доступ при лечении

флегмоны околоушно-жевательной области заключается в разрезе

а) по губо-щечной складке

б) в подбородочной области

в) по ходу ветвей лицевого нерва

г) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

216. Оперативный доступ при лечении

флегмоны околоушно-жевательной области заключается в разрезе

а) по губо-щечной складке

б) в подбородочной области

в) окаймляющий угод нижней челюсти

г) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

217. Основным функциональным нарушением

при флегмоне околоушно-жевательной области является

а) птоз

б) гиперсаливация

в) затруднение глотания

г) парез язычного нерва

д) затруднение открывания рта

218. Основным функциональным нарушением

при флегмоне околоушно-жевательной области является

а) птоз

б) снижение слуха

в) парез n.facialis

г) затруднение глотания

д) парез язычного нерва

219. Основным функциональным нарушением

при флегмоне околоушно-жевательной области является

а) птоз

б) снижение слуха

в) затруднение глотания

г) парез язычного нерва

д) гипосаливация на стороне поражения

220. Разрез при флегмоне околоушно-жевательной области достаточен,

если он сделан

а) в области флюктуации

б) в проекции корня языка

в) по границе гиперемии кожи

г) на всю ширину инфильтрата

д) в месте наибольшей болезненности

221. В комплекс терапии флегмоны околоушно-жевательной области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) десенсибилизирующая терапия

222. В комплекс терапии флегмоны околоушно-жевательной области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) дезинтоксикационная терапия

223. В комплекс терапии флегмоны околоушно-жевательной области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) антибактериальная терапия

224. Возбудителями при флегмоне околоушно-жевательной области

чаще всего являются

а) анаэробы

б) стафилококки

в) лучистые грибы

г) бледные спирохеты

д) туберкулезные микобактерии

225. Крыло-небная ямка сообщается

а) с клыковой ямкой

б) с лобным синусом

в) со щечной областью

г) с полостью глазницы

д) с околоушно-жевательной областью

226. Крыло-небная ямка сообщается

а) с лобным синусом

б) с клыковой ямкой

в) со щечной областью

г) с подвисочной ямкой

д) с околоушно-жевательной областью

227. Крыло-небная ямка сообщается

а) с клыковой ямкой

б) с лобным синусом

в) со щечной областью

г) с крыло-челюстным пространством

д) с околоушно-жевательной областью

228. Крыло-небная ямка сообщается

а) с клыковой ямкой

б) с лобным синусом

в) с полостью черепа

г) со щечной областью

д) с околоушно-жевательной областью

229. Гнойный процесс из крыло-небной ямки

преимущественно распространяется

а) в лобный синус

б) в клыковую ямку

в) в подвисочную ямку

г) в позадичелюстную область

д) в околоушно-жевательную область

230. Гнойный процесс из крыло-небной ямки

преимущественно распространяется

а) в клыковую ямку

б) в лобный синус

в) в позадичелюстную область

г) в крыло-челюстное пространство

д) в околоушно-жевательную область

231. Гнойный процесс из крыло-небной ямки

преимущественно распространяется

а) в клыковую ямку

б) в лобный синус

в) в позадичелюстную область

г) в окологлоточное пространство

д) в околоушно-жевательную область

232. Гнойный процесс из крыло-небной ямки

преимущественно распространяется

а) в клыковую ямку

б) в лобный синус

в) в позадичелюстную область

г) в околоушно-жевательную область

д) в верхнечелюстную пазуху и глазницу

233. Гнойный процесс из крыло-небной ямки

преимущественно распространяется

а) в клыковую ямку

б) в лобный синус

в) в полость черепа

г) в позадичелюстную область

д) в околоушно-жевательную область

234. Через круглое отверстие черепа в крыло-небную ямку входит нерв

а) глазничный

б) добавочный

в) тройничный

г) верхнечелюстной

д) глазодвигательный

235. Признаками,

характерными для флегмоны подвисочной и крыло-небной ямок, являются

а) острое начало

б) раннее ограничение открывания рта

в) боли, отдающие в висок и глаз

г) правильные ответы а),б),в)

д) правильный ответ не представлен

236. Признаками,

характерными для флегмоны подвисочной и крыло-небной ямок, являются

а) асимметрия лица за счет отечности мягких тканей скуловой области

б) болезненность и ограничение открывания рта

в) верно а) и б)

г) отечность переходной складки за бугром верхней челюсти

д) болезненность в области наружной поверхности угла нижней челюсти

237. Для флегмоны подвисочной и крыло-небной ямок

характерен следующий набор признаков

а) высокая температура, острое начало;

пульсирующие боли в области виска и щеки;

резкая болезненность при пальпации скуловой и височной областей;

сухость, гиперемия, отечность кожи скуловой и височной областей;

резкая боль при глотании

б) острое начало; затрудненное глотание;

сглаженность передней небной дужки; сухость во рту

в) острое начало; наличие инфильтрата в области бугра

верхней челюсти; отек мягких тканей щечной области;

боли, отдающие в висок и глаз; ограничение открывания рта

г) острое начало; боли при глотании; ограничение открывания рта;

передняя дужка смещена медиально; обильная саливация

д) острое начало; инфильтрат под углом нижней челюсти;

передняя дужка смещена медиально; ограничение открывания рта;

боли при глотании

238. При флегмоне подвисочной и крыло-небной ямок

в воспалительный процесс вовлекается латеральная крыловидная мышцы

а) да

б) нет

239. Воспалительный процесс может распространяться

из крыловидно-челюстного пространства

в подвисочную и крыло-небную ямку

а) да

б) нет

240. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной области

является

а) отек губо-щечной складки

б) затрудненное открывание рта

в) отек и гиперемия щечной области

г) гиперемия кожи в области нижней губы

д) инфильтрат мягких тканей

в поднижнечелюстных и подбородочной областях

241. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной области

является

а) симптом "песочных часов"

б) отек губо-щечной складки и подподбородочной области

в) отек и гиперемия щечной области

г) гиперемия кожи в области нижней губы

д) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных

242. Общесоматическая симптоматика при флегмоне подвисочной области

заключается

а) в интоксикации

б) в судорожной готовности

в) в респираторном синдроме

г) в гипертоническом синдроме

д) в почечной недостаточности

243. Общесоматическая симптоматика при флегмоне подвисочной области

заключается

а) в болевом синдроме

б) в судорожной готовности

в) в респираторном синдроме

г) в гипертоническом синдроме

д) в почечной недостаточности

244. Флегмону подвисочной и крыло-небной ямок следует дифференцировать

а) с флегмоной височной области

б) с флегмоной щеки

в) верно а) и б)

г) с паратонзиллярным абсцессом

д) с флегмоной крыловидно-челюстного пространства

245. Выполняя разрез при лечении абсцесса крыло-небной ямки

можно повредить

а) лицевую артерию

б) щитовидную железу

в) крыло-челюстной нерв

г) околоушную слюнную железу

д) крыло-небное венозное сплетение

246. При лечении абсцесса крыло-небной ямки используется доступ

а) наружный

б) внутриротовой

247. При лечении абсцесса подвисочной области используется доступ

а) наружный

б) внутриротовой

248. Оперативный доступ при лечении флегмоны подвисочной области

заключается в наружном разрезе

а) в подбородочной области

б) по ходу ветвей лицевого нерва

в) окаймляющем угол нижней челюсти

г) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

249. Оперативный доступ при лечении абсцесса крыло-небной ямки

заключается в разрезе по

а) 876678

б) 654456

в) 321123

г) 876678

250. При неблагоприятном течении абсцесса крыло-небной ямки

инфекция распространяется

а) в лобные синусы

б) в заднее средостение

в) в переднее средостение

г) в полость внутреннего уха

д) в околоушную слюнную железу

251. При неблагоприятном течении абсцесса крыло-небной ямки

инфекция распространяется

а) в лобные синусы

б) в переднее средостение

в) в полость внутреннего уха

г) в околоушную слюнную железу

д) в венозные синусы головного мозга

252. При неблагоприятном течении абсцесса крыло-небной ямки

инфекция распространяется

а) в лобные синусы

б) в переднее средостение

в) в полость внутреннего уха

г) в ретробульбарную клетчатку

д) в околоушную слюнную железу

253. При неблагоприятном течении флегмоны подвисочной области

инфекция распространяется

а) в лобные синусы

б) в заднее средостение

в) в переднее средостение

г) в полость внутреннего уха

д) в околоушную слюнную железу

254. Разрез при флегмоне подвисочной области достаточен, если он

а) сделан в области флюктуации

б) сделан по границе гиперемии кожи

в) сделан в проекции крыло-небной ямки

г) сделан в месте наибольшей болезненности

д) обеспечивает свободный отток воспалительного экссудата

255. В комплекс терапии флегмоны подвисочной области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) десенсибилизирующая терапия

256. В комплекс терапии флегмоны подвисочной области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) дезинтоксикационная терапия

257. В комплекс терапии флегмоны подвисочной области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) антибактериальная терапия

258. Возбудителями при флегмоне височной области чаще всего являются

а) стафилококки

б) лучистые грибы

в) бледные спирохеты

г) факультативные анаэробы

д) туберкулезные микобактерии

259. Признаками, характерными для анамнеза флегмоны височной области,

являются

а) перечисленные ниже признаки б),в),д)

б) острое начало

в) повышение температуры

г) правильный ответ не представлен

д) боль в виске при жевании

260. Наиболее характерен для флегмоны височной области

следующий набор признаков

а) отечность верхнего и нижнего век;

ограничение движения глазного яблока; высокая температура;

снижение слуха с одной стороны; контрактура нижней челюсти

б) сглаженность верхней переходной складки; высокая температура;

разлитая отечность в верхней и средней трети бокового отдела лица;

небольшое ограничение открывания рта;

пальпация за бугром челюсти болезненна

в) разлитой инфильтрат; высокая температура; пальпация болезненна;

ограничение открывания рта; боль при жевании

г) осумкованный гнойник под кожей; открывание рта свободно;

кожа гиперемирована; пальпация мало болезненна;

жевание безболезненно

д) разлитая отечность; резкая гиперемия кожи;

болезненно легкое прикосновение; конъюнктива гиперемирована;

слезотечение

261. При флегмоне височной области пальпаторно всегда можно определить

флюктуацию

а) да

б) нет

262. При флегмоне височной области всегда имеется

ощущение заложенности в слуховом проходе

а) да

б) нет

263. При развитии флегмоны могут быть "причинными" зубами

а) верхний третий моляр

б) нижний третий моляр

в) верхние моляры

г) закономерности нет

д) нижние моляры

264. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области

чаще всего бывает абсцесс

а) в клыковой ямке

б) в щечной области

в) в ретромолярной области

г) в подподбородочной области

д) в поднижнечелюстной области

265. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области

чаще всего бывает абсцесс

а) в клыковой ямке

б) в щечной области

в) в крыло-небной ямке

г) в подподбородочной области

д) в поднижнечелюстной области

266. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области

чаще всего бывает абсцесс

а) в клыковой ямке

б) в щечной области

в) в подподбородочной области

г) в поднижнечелюстной области

д) в крыловидно-челюстном пространстве

267. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области

чаще всего бывает абсцесс

а) в клыковой ямке

б) в щечной области

в) в подподбородочной области

г) в поднижнечелюстной области

д) в окологлоточном пространстве

е) в подвисочной ямке

268. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области

чаще всего бывает абсцесс

а) в клыковой ямке

б) в щечной области

в) в подвисочной ямке

г) в подподбородочной области

д) в поднижнечелюстной области

269. Типичным клиническим признаком флегмоны височной области является

а) отек крыло-челюстной складки

б) отек и гиперемия щечных областей

в) гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой

г) гиперемия и инфильтрат мягких тканей над скуловой дугой

д) инфильтрат мягких тканей

в поднижнечелюстных и подподбородочной областях

270. Типичным клиническим признаком флегмоны височной области является

а) затрудненное открывание рта

б) отек крыло-челюстной складки

в) отек и гиперемия щечных областей

г) гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой

д) инфильтрат мягких тканей

в поднижнечелюстных и подподбородочной областях

271. В день обращения при флегмоне височной области необходимо

а) вскрыть гнойный очаг

б) начать иглорефлексотерапию

в) сделать блокаду анестетиком

г) назначить физиотерапевтическое лечение

д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

272. Оперативный доступ при лечении флегмоны височной области

заключается в разрезе

а) в подбородочной области

б) окаймляющем угол нижней челюсти

в) параллельно ветвям лицевого нерва

г) перпендикулярно ветвям лицевого нерва

д) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

273. В комплекс лечения флегмоны височной области входит

а) ГБО-терапия

б) криотерапия

в) химиотерапия

г) рентгенотерапия

д) электрокоагуляция

274. Выполняя разрез при лечении флегмоны височной области

можно повредить

а) язык

б) лицевой нерв

в) скуловую кость

г) лицевую артерию

д) щитовидную железу

275. Осложнением флегмоны височной области является

а) птоз

б) паротит

в) менингит

г) рубцовый выворот верхней губы

д) рубцовый выворот верхнего века

276. В комплекс терапии флегмоны височной области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) десенсибилизирующая терапия

277. В комплекс терапии флегмоны височной области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) дезинтоксикационная терапия

278. В комплекс терапии флегмоны височной области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) антибактериальная терапия

279. Возбудителями при абсцессе и флегмоне языка чаще всего являются

а) анаэробы

б) лучистые грибы

в) бледные спирохеты

г) стафилококки, стрептококки

д) туберкулезные микобактерии

280. Могут ли быть воспалительные процессы верхнего отдела языка

одонтогенного происхождения?

а) да

б) нет

281. Одонтогенной причиной для развития абсцесса и флегмоны языка

является воспалительный процесс в области

а) верхней губы

б) зубов нижней челюсти

в) зубов верхней челюсти

г) лимфоузлов щечной области

д) лимфоузлов околоушной области

282. Наиболее частой неодонтогенной причиной

для развития абсцесса и флегмоны языка является

а) травма языка

б) фурункул нижней губы

в) лимфаденит щечной области

г) лимфаденит околоушной области

д) острый периодонтит зубов нижней челюсти

283. Наиболее частой неодонтогенной причиной

для развития абсцесса и флегмоны языка является

а) острый тонзиллит

б) фурункул нижней губы

в) лимфаденит щечной области

г) лимфаденит околоушной области

д) острый периодонтит зубов нижней челюсти

284. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является

а) асимметрия лица

б) затрудненное открывание рта

в) отек крыло-челюстной складки

г) выбухание подъязычных валиков

д) отек и гиперемия щечных областей

285. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является

а) асимметрия лица

б) отек и инфильтрат языка

в) затрудненное открывание рта

г) отек крыло-челюстной складки

д) отек и гиперемия щечных областей

286. Выберите 2 из перечисленных ниже признаков

флегмоны верхнего отдела языка

а) парестезия кончика языка

б) нарушение речи

в) затруднение при дыхании

г) болезненность при приеме пищи

д) правильные ответы в) и г)

е) наличие высокой температуры

287. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является

а) асимметрия лица

б) боли при глотании

в) затрудненное открывание рта

г) отек крыло-челюстной складки

д) отек и гиперемия щечных областей

288. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является

а) асимметрия лица

б) затрудненное дыхание

в) затрудненное открывание рта

г) отек крыло-челюстной складки

д) отек и гиперемия щечных областей

289. Основным путем проникновения инфекции в теле языка является

а) контактный

б) гематогенный

в) лимфогенный

290. Наиболее характерен для флегмон корня языка

следующий набор признаков

а) увеличение размеров языка; ограничение подвижности языка;

рот полуоткрыт; резкие иррадиирующие боли;

затруднено глотание и дыхание

б) острое начало

в) разрушен моляр

г) повышение температуры тела

д) инфильтрат между языком и телом нижней челюсти;

боли при движении языком

291. Абсцесс и флегмону языка необходимо дифференцировать

а) с тризмом

б) с карбункулом нижней губы

в) с флегмоной щечной области

г) с флегмоной дна полости рта

д) с флегмоной височной области

292. При неблагоприятном течении абсцесса и флегмоны языка

инфекция распространяется

а) в ткани дна полости рта

б) в субдуральное пространство

в) в околоушную слюнную железу

г) в крыло-небное венозное сплетение

д) в венозные синусы головного мозга

293. При неблагоприятном течении абсцесса и флегмоны языка

инфекция распространяется

а) в субдуральное пространство

б) в околоушную слюнную железу

в) в поднижнечелюстные области

г) в крыло-небное венозное сплетение

д) в венозные синусы головного мозга

294. В день обращения при абсцессе и флегмоне языка необходимо

а) вскрыть гнойный очаг

б) начать иглорефлексотерапию

в) сделать новокаиновую блокаду

г) назначить физиотерапевтическое лечение

д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

295. Типичный оперативный доступ при лечении абсцесса и флегмоны языка

заключается в разрезе

а) окаймляющем угол нижней челюсти

б) в подподбородочной области по средней линии

в) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

г) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

д) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы

от угла до угла

296. Типичный оперативный доступ при лечении абсцесса и флегмоны языка

заключается в разрезе

а) окаймляющем угол нижней челюсти

б) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

в) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

г) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы

от угла до угла

д) дугообразно параллельно краю подбородочного отдела нижней челюсти

297. Выполняя внутриротовой разрез при лечении абсцесса и флегмоны языка

можно повредить

а) скуловую кость

б) лицевую артерию

в) язычную артерию

г) щитовидную железу

д) околоушную слюнную железу

298. Выполняя внутриротовой разрез при лечении абсцесса и флегмоны языка

можно повредить

а) скуловую кость

б) лицевую артерию

в) щитовидную железу

г) околоушную слюнную железу

д) подчелюстную слюнную железу

299. Местным осложнением флегмоны и абсцесса языка является

а) менингоэнцефалит

б) абсцесс головного мозга

в) рубцовый выворот нижней губы

г) стеноз верхних дыхательных путей

д) тромбоз венозных синусов головного мозга

300. После вскрытия флегмоны или абсцесса языка наружным доступом

операционную рану необходимо

а) перевязать

б) дренировать и перевязать

в) оставить открытой на 1 час

г) исследовать рентгенологически

д) обработать раствором лидокаина

301. В комплекс лечения абсцесса и флегмоны языка входит

а) криотерапия

б) физиолечение

в) химиотерапия

г) рентгенотерапия

д) электрокоагуляция

302. В комплекс терапии абсцесса и флегмоны языка входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) десенсибилизирующая терапия

303. В комплекс терапии абсцесса и флегмоны языка входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) дезинтоксикационная терапия

304. В комплекс терапии абсцесса и флегмоны языка входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) антибактериальная терапия

305. Возбудителями при флегмоне щечной области чаще всего являются

а) лучистые грибы

б) бледные спирохеты

в) облигатные анаэробы

г) факультативные анаэробы

д) туберкулезные микобактерии

306. Для анамнеза флегмоны щеки характерны

а) острое начало

б) обильная саливация

в) повышение температуры

г) верно а),б),д)

д) затруднение жевания

307. Одонтогенной причиной для развития флегмоны щечной области

является воспалительный процесс в области

а) верхней губы

б) зубов верхней челюсти

в) лимфоузлов щечной области

г) лимфоузлов околоушной области

д) травмы слизистой оболочки щеки

308. Наиболее частой неодонтогенной причиной

для развития флегмоны щечной области является

а) фурункул нижней губы

б) лимфаденит околоушной области

в) травмы слизистой оболочки щеки

г) лимфаденит поднижнечелюстной области

д) острый периодонтит зубов нижней челюсти

309. Наиболее частой неодонтогенной причиной

развития флегмоны щечной области является

а) фурункул нижней губы

б) лимфаденит щечной области

в) лимфаденит околоушной области

г) лимфаденит поднижнечелюстной области

д) острый периодонтит зубов нижней челюсти

310. Типичным клиническим признаком флегмоны щечной области является

а) асимметрия лица

б) гиперемия и инфильтрат щеки

в) затрудненное открывание рта

г) отек крыло-челюстной складки

д) выбухание подъязычных валиков

311. Объективными признаками, характерными для флегмоны щеки, являются

а) разлитая отечность мягких тканей

б) разрушенный моляр

в) затруднение носового дыхания с одной стороны

г) сглаженность крыловидно-челюстной складки

д) верно а) и б)

312. Наиболее характерен для флегмоны щеки следующий набор признаков

а) острое начало; высокая температура; разлитой инфильтрат;

периодонтитный моляр; флюктуация

б) острое начало; субфебрильная температура; флюктуация;

обильная саливация

в) острое начало; высокая температура; затруднение глотания;

флюктуация; периодонтитный моляр

г) острое начало; высокая температура; ограниченный инфильтрат;

периодонтитный премоляр; ограниченное открывание рта

д) заболевание развивается постепенно; высокая температура;

ограниченный инфильтрат в центре щеки; флюктуация;

обильная саливация

313. Типичным клиническим признаком флегмоны щечной области является

а) асимметрия лица

б) затрудненное открывание рта

в) отек верхнего и нижнего века

г) отек крыло-челюстной складки

д) выбухание подъязычных валиков

314. Флегмону щечной области необходимо дифференцировать

а) с тризмом

б) с карбункулом нижней губы

в) с флегмоной дна полости рта

г) с флегмоной височной области

д) с подмассетериальным абсцессом

315. При неблагоприятном течении флегмоны щечной области

инфекция распространяется

а) в ткани дна полости рта

б) в субдуральное пространство

в) в крыло-небное венозное сплетение

г) в венозные синусы головного мозга

д) на передне-боковую поверхность шеи

316. При флегмоне щеки слизистая выбухает между зубами,

мешая открывать и закрывать рот

а) да

б) нет

317. При флегмоне щеки возникает сухость во рту

из-за сдавливания инфильтратом выводного протока околоушной

слюнной железы

а) да

б) нет

318. При установлении диагноза флегмоны щеки следует

а) провести пункцию, удалить гной и ввести антибиотики

б) сделать прокол кожи и выпустить гной

в) вскрыть флегмону широким разрезом через кожу

г) направить в стационар

д) удалить причинный зуб, наложить повязку по методу Дубровина

319. При установлении диагноза флегмоны щеки следует назначить

а) анальгетики

б) сульфаниламиды, нитрофураны

в) антистафилококковый анатоксин

г) инъекции пенициллина по 250 тыс. 2 раза в день

д) инъекции 40% глюкозы 20.0 внутривенно

320. В день обращения при флегмоне щечной области необходимо

а) вскрыть гнойный очаг

б) начать иглорефлексотерапию

в) сделать новокаиновую блокаду

г) назначить физиотерапевтическое лечение

д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

321. Типичный оперативный доступ при лечении флегмоны щечной области

заключается в разрезе

а) окаймляющем угол нижней челюсти

б) в подподбородочной области по средней линии

в) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

г) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

д) со стороны слизистой оболочки щеки по нижнему краю инфильтрата

322. Типичный оперативный доступ при лечении флегмоны щечной области

заключается в разрезе

а) по губо-щечной складке

б) окаймляющем угол нижней челюсти

в) в подподбородочной области по средней линии

г) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

323. Поздним местным осложнением флегмоны щечной области является

а) рубцовая контрактура

б) абсцесс головного мозга

в) рубцовый выворот нижней губы

г) стеноз верхних дыхательных путей

д) тромбоз венозных синусов головного мозга

324. Поздним местным осложнением флегмоны щечной области является

а) слюнной свищ

б) абсцесс головного мозга

в) рубцовый выворот нижней губы

г) стеноз верхних дыхательных путей

д) тромбоз венозных синусов головного мозга

325. Разрез при лечении флегмоны щечной области является достаточным,

если он выполнен

а) в области флюктуации

б) в проекции корня языка

в) по границе гиперемии кожи

г) на всю ширину инфильтрата

д) в месте наибольшей болезненности

326. В комплекс лечения флегмоны щечной области входит

а) криотерапия

б) физиолечение

в) химиотерапия

г) рентгенотерапия

д) электрокоагуляция

327. В комплекс лечения флегмоны щечной области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) десенсибилизирующая терапия

328. В комплекс лечения флегмоны щечной области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) дезинтоксикационная терапия

329. В комплекс лечения флегмоны щечной области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) антибактериальная терапия

330. Возбудителями при флегмоне окологлоточного пространства

чаще всего являются

а) анаэробы

б) лучистые грибы

в) бледные спирохеты

г) стафилококки, стрептококки

д) туберкулезные микобактерии

331. Признаками, характерными для анамнеза

флегмоны окологлоточного пространства, являются

а) острое начало

б) затруднение жевания

в) верно а),г),д)

г) ограничение открывания рта

д) боли при глотании

332. Неодонтогенной причиной

для развития абсцесса окологлоточного пространства является

а) острый тонзиллит

б) фурункул верхней губы

в) лимфаденит щечной области

г) лимфаденит околоушной области

д) острый периодонтит третьих моляров верхней челюсти

333. Одонтогенной причиной

для развития абсцесса окологлоточного пространства является

а) острый тонзиллит

б) лимфаденит щечной области

в) лимфаденит околоушной области

г) острый периодонтит моляров верхней и нижней челюсти

д) острый периодонтит резцов верхней и верхней челюсти

334. При неблагоприятном течении абсцесса окологлоточного пространства

инфекция распространяется

а) в щечную область

б) в крыло-небную ямку

в) в ткани дна полости рта

г) в околоушную слюнную железу

д) в крыло-челюстное пространство

335. При неблагоприятном течении абсцесса окологлоточного пространства

инфекция распространяется

а) в щечную область

б) в крыло-небную ямку

в) в заднее средостение

г) в ткани дна полости рта

д) в околоушную слюнную железу

336. Типичным клиническим признаком

абсцесса окологлоточного пространства является

а) асимметрия лица

б) затруднение дыхания

в) затрудненное открывание рта

г) выбухание подъязычных валиков

д) отек и гиперемия щечных областей

337. Типичным клиническим признаком

абсцесса окологлоточного пространства является

а) асимметрия лица

б) затруднение глотания

в) затрудненное открывание рта

г) выбухание подъязычных валиков

д) отек и гиперемия щечных областей

338. Объективными признаками,

характерными для флегмоны окологлоточного пространства, являются

а) инфильтрат под углом челюсти

б) отечность щеки

в) сглаженность верхней и нижней переходной складок

г) верно а) и д)

д) смещение передней небной дужки медиально

339. Для флегмоны окологлоточного пространства

характерен следующий набор признаков

а) острое начало; боли при глотании;

высокая температура; гиперемия зева;

увеличенные и болезненные подчелюстные лимфатические узлы

б) острое начало; боли при глотании; рот открывается на 3 см;

передняя небная дужка смещена медиально, гиперемирована;

увеличенны подчелюстные лимфатические узлы

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

уплотнение и болезненность в подчелюстной области;

субфебрильная температура открывание рта свободное; сухость во рту

г) острое начало, высокая температура; ограничение открывания рта;

инфильтрат под углом челюсти;

передняя небная дужка смещена медиально; боли при глотании

д) острое начало; движения языком болезненны; разрушен верхний моляр;

гиперемия зева; сухость во рту

340. При флегмоне окологлоточного пространства отмечается сухость во рту

а) да

б) нет

341. При флегмоне окологлоточного пространства

возникает парестезия из-за сдавливания язычного нерва

а) да

б) нет

342. Флегмону окологлоточного пространства следует дифференцировать

со следующими заболеваниями

а) со всеми перечисленными ниже

б) с ангиной

в) с абсцессом крыловидно-челюстного пространства

г) с абсцессом окологлоточного пространства

д) с флегмоной крыловидно-челюстного пространства

343. В день обращения при абсцессе окологлоточного пространства необходимо

а) вскрыть гнойный очаг

б) начать иглорефлексотерапию

в) сделать новокаиновую блокаду

г) назначить физиотерапевтическое лечение

д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

344. Выполняя внутриротовой разрез

при лечении абсцесса окологлоточного пространства можно повредить

а) скуловую кость

б) язычную артерию

в) щитовидную железу

г) внутреннюю сонную артерию

д) околоушную слюнную артерию

345. Выполняя внутриротовой разрез

при лечении абсцесса окологлоточного пространства можно повредить

а) угловую вену

б) лицевую вену

в) язычную артерию

г) щитовидную железу

д) внутреннюю яремную вену

346. Типичный оперативный доступ

при лечении абсцесса окологлоточного пространства заключается в разрезе

а) окаймляющем угол нижней челюсти

б) в подбородочной области по средней линии

в) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

г) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

д) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы

от угла до угла

347. Поздним местным осложнением абсцесса окологлоточного пространства

является

а) слюнной свищ

б) абсцесс головного мозга

в) рубцовый выворот нижней губы

г) стеноз верхних дыхательных путей

д) тромбоз синусов головного мозга

348. Ранним местным осложнением абсцесса окологлоточного пространства

является

а) слюнной свищ

б) абсцесс головного мозга

в) рубцовый выворот нижней губы

г) стеноз верхних дыхательных путей

д) тромбоз синусов головного мозга

349. В комплекс лечения абсцесса окологлоточного пространства входит

а) криотерапия

б) химиотерапия

в) физиолечение

г) рентгенотерапия

д) электрокоагуляция

350. В комплекс лечения абсцесса окологлоточного пространства входит

а) ГБО-терапия

б) криотерапия

в) химиотерапия

г) рентгенотерапия

д) электрокоагуляция

351. В комплекс терапии абсцесса окологлоточного пространства входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) дезинтоксикационная терапия

352. В комплекс терапии абсцесса окологлоточного пространства входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) антибактериальная терапия

353. Возбудителями при ангине Людвига являются

а) бледные спирохеты

б) туберкулезные микобактерии

в) стафилококки, стрептококки

г) лучистые грибы, стафилококки

д) факультативные анаэробы, гемолитический стрептококк

354. Одонтогенной причиной для развития ангины Людвига

является воспалительный процесс в области

а) верхней губы

б) зубов верхней челюсти

в) моляров нижней челюсти

г) лимфоузлов щечной области

д) лимфоузлов околоушной области

356. Неодонтогенной причиной для развития ангины Людвига

является воспалительный процесс в области

а) верхней губы

б) небных миндалин

в) зубов верхней челюсти

г) лимфоузлов щечной области

д) лимфоузлов околоушной области

356. При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства

а) клыковой ямки

б) щечной области

в) височной области

г) околоушно-жевательной области

д) окологлоточное пространство

357. При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства

а) клыковой ямки

б) щечной области

в) височной области

г) околоушно-жевательной области

д) крыловидно-челюстного пространства

358. Характерной особенность клинической картины ангины Людвига

является поражение

а) височной и подвисочной областей

б) височной, щечной областей и клыковой ямки

в) всех клетчаточных пространств дна полости рта

г) крыло-небной, височной и подвисочной областей

д) крыло-небной, височной, подвисочной и крыло-челюстной областей

359. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига

является

а) гнилостно-гангренозная флегмона дна полости рта

б) ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка

в) вид рожистого воспаления слизистой оболочки полости рта

г) обильное гнойное отделяемое после вскрытия гнойного очага

д) разлитой воспалительный инфильтрат крыло-небной, височной,

подвисочной и крыло-челюстной областей

360. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига

является

а) выраженная интоксикация

б) отсутствие интоксикации

в) наличие четких границ воспалительного инфильтрата

г) ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка

д) разлитой воспалительный инфильтрат крыло-небной, височной,

подвисочной и крыло-челюстной областей

361. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига

является

а) свободное открывание рта

б) затруднение дыхания, открывания рта

в) отсутствие интоксикации и повышения температуры

г) наличие четких границ воспалительного инфильтрата

д) разлитой воспалительный инфильтрат крыло-небной, височной,

подвисочной и крыло-челюстной областей

362. При неблагоприятном течении ангины Людвига

инфекция распространяется

а) в средостение

б) в околоушную слюнную железу

в) в венозные синусы головного мозга

г) в крыло-небное венозное сплетение

363. В день обращения при ангине Людвига необходимо

а) вскрыть гнойный очаг

б) начать иглорефлексотерапию

в) сделать блокаду анестетиком

г) назначить физиотерапевтическое лечение

д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

364. Оперативное вмешательство при лечении ангины Людвига

предусматривает дренирование клетчаточных пространств

а) височно-подвисочных

б) челюстно-язычных, щечных

в) позадичелюстных, околоушно-жевательных

г) околоушно-жевательных, поднижнечелюстных

д) подчелюстных, подподбородочных, подъязычных

365. Оперативное вмешательство при лечении ангины Людвига

предусматривает дренирование клетчаточных пространств

а) височно-подвисочных

б) челюстно-язычных, щечных

в) позадичелюстных, околоушно-жевательных

г) околоушно-жевательных, поднижнечелюстных

д) корня языка, окологлоточных, крыловидно-челюстных

366. Типичный оперативный доступ при лечении ангины Людвига

заключается в разрезе

а) окаймляющем угол нижней челюсти

б) в подподбородочной области по средней линии

в) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

г) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

д) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы

от угла до угла

367. При неблагоприятном течении ангины Людвига

общесоматическим осложнением является

а) сепсис

б) ксеростомия

в) слюнные свищи

г) рубцовая контрактура

д) паралич лицевого нерва

368. При неблагоприятном течении ангины Людвига

ранним местным осложнением является

а) ксеростомия

б) слюнные свищи

в) рубцовая контрактура

г) паралич лицевого нерва

д) стеноз верхних дыхательных путей

369. При неблагоприятном течении ангины Людвига

ранним местным осложнением является

а) медиастенит

б) ксеростомия

в) слюнные свищи

г) рубцовая контрактура

д) паралич лицевого нерва

370. В комплекс лечения ангины Людвига входит

а) ГБО-терапия

б) криотерапия

в) химиотерапия

г) рентгенотерапия

д) электрокоагуляция

371. В комплекс терапии ангины Людвига входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) антибактериальная терапия

372. В комплекс терапии ангины Людвига входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) дезинтоксикационная терапия

373. Функциональные нарушения пит ангине Людвига заключаются

а) в птозе

б) в гипосаливации

в) в парезе язычного нерва

г) в затруднении глотания и дыхания

д) в парезе третьей ветви тройничного нерва

374. Признаками, характерными для анамнеза одонтогенной флегмоны

подглазничной области, являются

а) нарастающие боли и припухлость в течение 4-х дней в области 4

б) ночные боли в области 4

в) невралгические боли в области II ветви тройничного нерва

г) болезненность при перкуссии 4

д) правильные ответы а) и г)

375. Для флегмоны подглазничной области

верен следующий набор анатомической границы

а) нижнеорбитальный край; боковая граница носа;

альвеолярный отросток верхней челюсти; скуловая кость

б) нижнеорбитальный край; боковая граница носа;

альвеолярный отросток верхней челюсти; бугор верхней челюсти

в) нижнеорбитальный край; боковая граница носа; собачья ямка;

скулоальвеолярный гребень

376. Наименее характерными признаками для одонтогенной флегмоны

подглазничной области являются

а) наличие гноя в нижненосовом ходу

б) выраженность сосудистого рисунка на коже подглазничной области

в) затруднение при открывании рта

г) напряженность тканей подглазничной области

д) верно а),б),в)

377. Для одонтогенной флегмоны подглазничной области

характерным является сужение зрачка глаза

а) да

б) нет

378. Вы поставили диагноз одонтогенной флегмоны подглазничной области.

Тактика в отношении этого больного

а) удалить причинный зуб и направить на госпитализацию

б) удалить причинный зуб и сделать разрез по переходной складке

с рассечением надкостницы, после чего направить на госпитализацию

в) провести рентгенологическое обследование, удалить причинный зуб,

назначить антибиотики и наблюдать больного

г) направить больного на госпитализацию самостоятельно

д) взять наряд на госпитализацию и отправить в стационар

в сопровождении медицинского персонала

379. К наиболее типичным причинам,

вызывающим флегмонозный процесс в орбите, относятся

а) острый гнойный гайморит

б) флегмона крыло-небной ямки

в) острый остеомиелит верхней челюсти

г) флегмона подвисочной ямки

д) все вышеперечисленные воспалительные процессы

380. Какое клиническое проявление характеризуется термином "хемоз"?

а) отечность век

б) гиперемия век

в) отечность конъюнктивы век

г) боль при движении глазного яблока

д) пальцевые вдавливания на тканях подглазничной области

при надавливании

381. Из перечисленных ниже признаков наименее характерными

для флегмоны орбиты являются

а) отечность век

б) боль при надавливании на глазное яблоко

в) иррадиация боли по ходу I ветви тройничного нерва

г) наличие гнойного отделения из носа

д) верно в) и г)

382. Означает ли термин "панофтальм" гнойное поражение обеих орбит?

а) да

б) нет

383. Является ли усиление болезненности при надавливании на глазное яблоко

абсолютным показателем наличия гноя в орбите?

а) да

б) нет

384. При наличии коллатерального отека в области обеих глазниц

можно заподозрить такое осложнение как

а) развитие гнойного процесса в обеих орбитах

б) аллергический отек

в) тромбоз кавернозного синуса

г) тромбоз вен лица

д) лимфангоит лимфатических сосудов орбит

385. Говорит ли появившаяся диплопия о поражении зрительного нерва?

а) да

б) нет

386. Расширение вен сетчатки дна глазного яблока объясняется

а) за счет застойных явлений

б) повышенное содержание протромбина

в) за счет нарастающей интенсификации

г) ограничение подвижности глазного яблока

д) распространение воспалительного процесса на глазное яблоко

387. Причиной для развития периостита является

а) ушиб мягких тканей лица

б) фиброма альвеолярного отростка

в) обострение хронического гайморита

г) обострение хронического периодонтита

д) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

388. Причиной для развития периостита является

а) перикоронит

б) ушиб мягких тканей лица

в) фиброма альвеолярного отростка

г) обострение хронического гайморита

д) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

389. Причиной для развития периостита является

а) острый пародонтит

б) ушиб мягких тканей лица

в) фиброма альвеолярного отростка

г) обострение хронического гайморита

д) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

390. Причиной для развития периостита является

а) альвеолит

б) ушиб мягких тканей лица

в) фиброма альвеолярного отростка

г) обострение хронического гайморита

д) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

391. При периостите гнойный процесс локализуется

а) под кожей

б) под мышцей

в) под надкостницей

г) под наружной кортикальной пластинкой челюсти

д) под слизистой оболочкой альвеолярного отростка

392. После вскрытия периоста при лечении периостита дренирование раны

проводится

а) на 2 день

б) на 3 день

в) на 4 день

г) после разреза

393. Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует

а) удалить

б) запломбировать канал до вскрытия периоста

в) запломбировать резорцин-формалиновой пастой

г) раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста

394. Если причиной периостита является однокорневой зуб,

его следует запломбировать

а) через неделю

б) сразу поле удаления дренажа

в) после стихания воспалительных явлений

г) на третий день после удаления дренажа

395. Если причиной периостита является многокорневой зуб, его следует

а) удалить

б) запломбировать канал до вскрытия периоста

в) запломбировать резорцин-формалиновой пастой

г) раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста

396. Типичным клиническим признаком периостита является

а) асимметрия лица

б) подвижность всех зубов

в) затрудненное открывание рта

г) выбухание подъязычных валиков

д) гиперемия и отек переходной складки

397. Периостит челюстей необходимо дифференцировать

а) с тризмом

б) с переломом зуба

в) с острым сиалодохитом

г) с хроническим гайморитом

д) с обострением хронического периодонтита

398. Периостит челюстей необходимо дифференцировать

а) с тризмом

б) с переломом зуба

в) с острым сиалодохитом

г) с острым остеомиелитом

д) с хроническим гайморитом

399. В день обращения при периостите челюстей необходимо

а) вскрыть гнойный очаг

б) начать иглорефлексотерапию

в) сделать новокаиновую блокаду

г) назначить физиотерапевтическое лечение

д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

400. Типичный оперативный доступ при лечении периостита

заключается в разрезе

а) окаймляющем угол нижней челюсти

б) в подподбородочной области по средней линии

в) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

г) слизистой и надкостницы по переходной складке

д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

401. В комплекс лечения острого периостита входит

а) криотерапия

б) физиотерапия

в) химиотерапия

г) рентгенотерапия

д) электрокоагуляция

402. В комплекс терапии острого периостита входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) антибактериальная терапия

403. В комплекс терапии острого периостита входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) десенсибилизирующая терапия

404. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей

является

а) острый паротит

б) перелом челюсти

в) острый лимфаденит

г) снижение реактивности организма

д) травма плохо изготовленным протезом

405. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей

является воспалительный процесс

а) в лимфатических узлах

б) в слюнных железах

в) в периапикальных тканях

г) в верхнечелюстной пазухе

д) в месте перелома челюсти

406. Признаки, характерные для анамнеза

острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти, является

а) заболевание развивается медленно, в течение месяца

б) острое начало

в) повышение температуры тела

г) наличие кариезно разрушенного зуба

д) верно б),в),г)

407. Объективными признаками, характерными для клиник

острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти, являются

а) кожные покровы области проекции тела нижней челюсти

гиперемированы, напряжены

б) имеется равномерная отечность мягких тканей около нижней челюсти

в) периостальная реакция выражена со стороны преддверия рта

г) имеется симптом Венсена на стороне поражения

д) подвижность и изменение перкуторного звука группы зубов,

расположенных рядом с кариезно разрушенным

408. Для острого одонтогенного остеомиелита нижней области характерно

а) гиперемия кожных покровов в области проекции тела

нижней челюсти; ограничение открывания рта;

повышение температуры тела; снижение слуха;

локальная боль в области кариезно разрушенного зуба

б) отечность мягких тканей в области тела нижней челюсти;

повышение температуры тела; выраженная периостальная реакция

с вовлечением в процессе надкостницы с язычной

и вестибулярной стороны;

положительный симптом Венсена на стороне поражения;

подвижность группы зубов, расположенных рядом с причинным,

притупление их перкуторного звука

в) повышение температуры тела; сглаженность переходной складки;

отечность мягких тканей в области проекции тела нижней челюсти;

наличие кариезно разрушенного зуба на стороне поражения;

болезненность рядом расположенных зубов при перкуссии

г) плотный болезненный инфильтрат мягких тканей в области проекции

угла нижней челюсти; резкая гиперемия кожи;

воспалительная контрактура нижней челюсти;

кариезно разрушенный 8 зуб;

сглаженность и гиперемия по переходной складке

д) отечность околочелюстных мягких тканей; ощущение соленого во рту;

повышение температуры тела; ограничение открывания рта;

гиперемия слизистой полости рта на стороне поражения;

ограничение открывания рта

409. Всегда ли острый остеомиелит переходит в хроническую стадию?

а) да

б) нет

410. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти

заключается

а) в подвижности всех зубов на челюсти

б) в болях в зубах, недомогании, свищевых ходах на коже

в) в ознобах, повышении температуры тела до 40°С, симптоме Венсена,

подвижности зубов

г) в острых пульсирующих болях в зубе, головной боли,

положительном симптоме нагрузки

411. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти

являются

а) подвижность всех зубов на челюсти

б) воспалительный инфильтрат без четких границ,

положительный симптом нагрузки

в) муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсена,

подвижность зубов

г) воспалительный инфильтрат с четкими границами,

отрицательный симптом нагрузки

412. В день обращения при остром одонтогенном остеомиелите необходимо

а) начать иглорефлексотерапию

б) госпитализировать больного

в) сделать новокаиновую блокаду

г) назначить физиотерапевтическое лечение

д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

413. Причинный зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо

а) удалить

б) раскрыть

в) запломбировать

г) депульпировать

д) реплантировать

414. При неблагоприятном течении

острого одонтогенного остеомиелита челюсти осложнением бывает

а) ксеротомия

б) слюнные свищи

в) рубцовая контрактура

г) паралич лицевого нерва

д) переход в хроническую форму

415. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти

используют препараты, обладающие остеотропным действием

а) канамицин

б) ампициллин

в) линкомицин

г) пенициллин

д) эритромицин

416. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти

используют препараты, обладающие остеотропным действием

а) фузидин

б) канамицин

в) ампициллин

г) пенициллин

д) эритромицин

417. Для стимуляции реактивного организма

при лечении острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют

а) фузидин

б) коргликон

в) левомиколь

г) метилурацил

д) эритромицин

418. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит

а) криотерапия

б) ГБО-терапия

в) химиотерапия

г) рентгенотерапия

д) электрокоагуляция

419. В комплекс терапии острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит

а) лучевая

б) седативная

в) мануальная

г) физиотерапия

д) гипотензивная

420. В комплекс терапии острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) десенсибилизирующая терапия

421. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти

заключается

а) в удалении причинного зуба

б) в широкой периостотомии челюсти с двух сторон

в) в периостотомии в области причинного зуба, дренировании

г) в удалении причинного зуба,

широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании

д) в удалении причинного зуба,

широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании

422. Целью широкой периостотомии

при остром одонтогенном остеомиелите челюсти является

а) эвакуация гноя

б) создание внутричелюстной декомпрессии

в) профилактика спонтанного перелома челюсти

г) снижение напряжения тканей в области воспалительного процесса

423. Первые рентгенологические признаки

деструктивного одонтогенного остеомиелита челюсти проявляются

а) на 30-е сутки

б) на 25-е сутки

в) на 20-е сутки

г) на 14-е сутки

д) на 7-е сутки

424. Причиной развития хронического одонтогенного остеомиелита челюсти

является

а) перелом челюсти

б) острый лимфаденит

в) снижение реактивности организма

г) наличие хронических очагов воспаления в челюсти

д) снижение реактивности организма,

наличие хронических очагов воспаления в челюсти

425. Диагноз хронического одонтогенного остеомиелита челюсти

ставится на основании

а) жалоб больного

б) опроса больного

в) клинических данных

г) клинико-рентгенологической картины

д) данных лабораторных методов исследования

426. Признаками, характерными для анамнеза хронического одонтогенного

остеомиелита верхней челюсти, являются

а) острое начало после переохлаждения

б) боли при глотании

в) наличие кариезно разрушенных зубов

г) перенесенное острое одонтогенное воспалительное заболевание

верхней челюсти

д) острый воспалительный процесс в области верхней челюсти,

купировавшийся без лечения

427. К признакам, характерным для хронического одонтогенного остеомиелита

верхней челюсти, относятся

а) гиперемия кожных покровов

б) наличие свищевых ходов

в) повышение температуры тела

г) понижение чувствительности зубов по данным ЭОД

д) периостальная реакция на стороне поражения

428. Наиболее характерен для хронического одонтогенного остеомиелита

верхней челюсти следующий набор признаков

а) гиперемия кожных покровов; отек мягких тканей подглазничной

области и век; воспалительная контрактура;

резкая боль при пальпации альвеолярного отростка;

повышение температуры

б) припухлость мягких тканей подглазничной области;

ощущение тяжести в области верхней челюсти на стороне поражения;

постоянная тупая боль в зубах на стороне поражения;

головная боль, быстрая утомляемость;

затемнение верхнечелюстного синуса по данным рентгенографии

в) припухлость мягких тканей подглазничной и щечной областей;

утолщение альвеолярного отростка верхней челюсти;

наличие свищевого хода; изменение чувствительности зубов

на стороне поражения по данным ЭОД; субфебрильная температура

г) инфильтрат подглазничной области; повышение температуры;

резкая боль при приеме пищи; наличие кариезно разрушенных зубов;

сглаженность и гиперемия переходной складки

д) приступообразная боль в области альвеолярного отростка

верхней челюсти; слезотечение, выделение из носа

и сосудистая реакция кожных покровов на стороне поражения

в момент приступа боли; болезненность при пальпации точек Валле

на стороне поражения; изменение тактильной и болевой

чувствительности подглазничной области на стороне поражения;

затрудненный прием пищи

429. При хроническом одонтогенном остеомиелите должны быть удалены

все зубы на стороне поражения, "мертвые" по данным ЭОД

а) верно

б) нет

430. Играет ли роль реактивность организма на переход острого остеомиелита

верхней челюсти в хроническую стадию?

а) да

б) нет

431. Из дополнительных методов исследования обязательны для уточнения

диагноза "хронический одонтогенный остеомиелит верхней челюсти

следующие

а) анализ крови и мочи

б) измерение температуры

в) зондирование свищевого хода

г) фистулография

д) рентгенография

е) рентгенография придаточных пазух

ж) правильные ответы в) и б)

432. Лечение хронического одонтогенного остеомиелита челюсти

при сформировавшемся секвестре заключается

а) в секвестрэктомии

б) в санации полости рта

в) в антибактериальной терапии

г) в периостотомии в области причинного зуба

д) в антибактериальной терапии, секвестрэктомии

е) в антибактериальной терапии, иссечении свищей на коже

433. Для стимуляции реактивности организма

при лечении хронического остеомиелита челюсти используют

а) фузидин

б) коргликон

в) левомиколь

г) метилурацил

д) эритромицин

434. Для лечения хронического остеомиелита челюсти используют препараты,

обладающие остеотропным действием

а) канамицин, бисептол

б) линкомицин, фузидин

в) ампициллин, секурапен

г) эритромицин, оксациллин

д) пенициллин, метилурацил

435. Антагонистом линкомицина является

а) канамицин

б) ампициллин

в) пенициллин

г) эритромицин

436. Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана в период

а) после физиолечения

б) формирования секвестра

в) сформировавшегося секвестра

г) после антибактериальной терапии

437. Дополнительным методом лечения перед операцией секвестрэктомии

при хроническом остеомиелите челюсти является

а) криотерапия

б) ГБО-терапия

в) химиотерапия

г) рентгенотерапия

д) электрокоагуляция

438. Отдаленным местным осложнением хронического остеомиелита челюсти

бывает

а) диплопия

б) ксеростомия

в) деформация челюсти

г) паралич лицевого нерва

439. Местным осложнением хронического остеомиелита челюсти бывает

а) диплопия

б) ксеростомия

в) патологический перелом

г) паралич лицевого нерва

440. Местным осложнением хронического одонтогенного остеомиелита челюсти

бывает

а) диплопия

б) контрактура

в) ксеростомия

г) паралич лицевого нерва

441. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является

а) возраст больного

б) острый лимфаденит

в) травма плохо изготовленным протезом

г) зуб или корень зуба в линии перелома

д) сила и направление повреждающего фактора

442. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является

а) возраст больного

б) острый лимфаденит

в) инфицирование линии перелома

г) травма плохо изготовленным протезом

д) сила и направление повреждающего фактора

443. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является

а) возраст больного

б) острый лимфаденит

в) травма плохо изготовленным протезом

г) сила и направление повреждающего фактора

д) неудовлетворительная иммобилизация отломков

444. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является

а) возраст больного

б) острый лимфаденит

в) травма плохо изготовленным протезом

г) сила и направление повреждающего фактора

д) неудовлетворительная реопозиция и иммобилизация отломков

445. Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является

а) физиотерапия

б) временная иммобилизация отломков

в) отсроченная иммобилизация отломков

г) удаление зуба или корня зуба из линии перелома

д) антибактериальная терапия до иммобилизации отломков

446. Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является

а) физиотерапия

б) временная иммобилизация отломков

в) отсроченная иммобилизация отломков

г) ранняя и надежная иммобилизация отломков

д) антибактериальная терапия до иммобилизации отломков

447. Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является

а) физиотерапия

б) временная иммобилизация отломков

в) отсроченная иммобилизация отломков

г) антибактериальная терапия до иммобилизации отломков

д) санация полости рта до проведения иммобилизации отломков

448. Методом лечения травматического остеомиелита челюстей

при недостаточном количестве или отсутствии зубов является

а) аппарат Збаржа

б) мостовидный протез

в) очаговый остеосинтез

г) внеочаговый остеосинтез

д) наложение бимаксиллярных шин

449. Для оперативного лечения перелома челюсти используют

аппарат внеочагового остеосинтеза

а) Рудько

б) бимаксиллярные

в) аппарат Елизарова

г) мостовидный протез

д) титановые минипластины

450. Для оперативного лечения перелома челюсти используют

аппарат внеочагового остеосинтеза

а) бимаксиллярные

б) аппарат Елизарова

в) мостовидный протез

г) титановые минипластины

д) компрессионно-дистракционный

451. Оперативное лечение травматического остеомиелита челюсти

заключается только

а) в удалении секвестров

б) в ревизии костной раны

в) в репозиции и фиксации отломков

г) в ревизии костной ткани, удалении секвестров

д) в ревизии костной ткани, удалении секвестров,

репозиции и фиксации отломков

452. Секвестрэктомия при травматическом остеомиелите показана в период

а) после физиолечения

б) формирования секвестра

в) сформировавшегося секвестра

г) после антибактериальной терапии

453. Диагноз хронического травматического остеомиелита челюсти

ставится на основании

а) жалоб больного

б) опроса больного

в) клинических данных

г) клинико-рентгенологической картины

д) данных лабораторных методов исследования

454. Дополнительным методом лечения после секвестрэктомии

при травматическом остеомиелите челюсти является

а) криотерапия

б) физиотерапия

в) химиотерапия

г) рентгенотерапия

д) электрокоагуляция

455. Для лечения травматического остеомиелита челюсти

используют препараты, обладающие остеотропным действием

а) канамицин

б) линкомицин

в) ампициллин

г) пенициллин

д) эритромицин

456. Для лечения травматического остеомиелита челюсти

используют препараты, обладающие остеотропным действием

а) фузидин

б) канамицин

в) ампициллин

г) пенициллин

д) эритромицин

457. Местным осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает

а) сепсис

б) ксеростомия

в) перикоронит

г) остеофлегмона

д) парез лицевого нерва

458. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти

бывает

а) сепсис

б) ксеростомия

в) перикоронит

г) дефект челюсти

д) парез лицевого нерва

459. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти

бывает

а) сепсис

б) ксеростомия

в) перикоронит

г) деформация челюсти

д) парез лицевого нерва

460. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти

бывает

а) сепсис

б) ксеростомия

в) перикоронит

г) ложный сустав

д) парез лицевого нерва

461. В комплекс лечения травматического остеомиелита челюсти входит

а) криотерапия

б) ГБО-терапия

в) химиотерапия

г) рентгенотерапия

д) электрокоагуляция

462. В комплекс терапии травматического остеомиелита челюсти входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) физиотерапия

д) гипотензивная терапия

463. К признакам, характерным для анамнеза гематогенного остеомиелита,

относятся

а) начало постепенное

б) температура субфебрильная

в) острое начало, высокая температура

г) высокая температура, головные боли

д) высокая температура, катаральные явления

464. Признаками, характерными для гематогенного остеомиелита, являются

а) субфебрильная температура

б) постоянно высокая температура

в) сочетание высокой температуры

с местными проявлениями в челюстно-лицевой области

г) местные проявления - изъязвления слизистой рта

д) наличие гнойного отделяемого из свищевого хода лица

465. Правильно ли, что при гематогенном остеомиелите

в анамнезе предшествовали тяжелые инфекционные заболевания?

а) да

б) нет

466. Для гематогенного остеомиелита характерно

а) постоянное нарастание температуры; умеренная СОЭ;

язвенно-некротические налеты на слизистой полости рта; лимфаденит;

резкая болезненность слизистой полости рта

б) субфебрильная температура; резкая гиперемия лица;

пальпация кожных покровов лица болезненна;

лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов;

кожные покровы лица в складку не собираются

в) в анамнезе перенесенный в тяжелой форме грипп;

высокая температура; СОЭ - 30 мм.рт.ст.; резкая слабость;

боли рвущего характера в одной из половин верхней челюсти;

г) высокая температура; резкая слабость;

отек и гиперемия переходной складки верхней челюсти;

зубы верхней челюсти интактные; СОЭ - 30 мм.рт.ст.;

д) высокая температура; СОЭ - 30 мм.рт.ст.; резкая слабость;

головные боли постоянного характера с тенденцией к нарастанию;

положительный симптом Кернига

467. Причиной гематогенного остеомиелита, как правило, служит

а) причинный зуб

б) перенесенная инфекция

в) наличие хронического инфекционного очага

г) лимфаденит, перенесенный ранее

д) затрудненное прорезывание нижнего моляра

468. Для уточнения диагноза гематогенного остеомиелита

необходимо дополнительно провести следующие исследования

а) рентгенографию костей лицевого скелета

б) С-реактивный белок

в) СОЭ

г) правильные ответы а),в),г)

469. Встречается ли гематогенный остеомиелит в детском возрасте?

а) да

б) нет

470. Признаками, характерными для анамнеза остеомиелита костей носа,

являются

а) медленное начало, в анамнезе травма

б) боли в области корня носа после фурункула в области лба

в) катар верхних дыхательных путей

г) перенесенный грипп

д) хронический одонтогенный или риногенный гайморит

е) хронический ринит

471. К признакам, характерным для анамнеза остеомиелита костей носа,

относятся

а) резкий подъем температуры

б) отек мягких тканей в области верхней губы

в) затрудненное дыхание носом

г) сукровичное отделяемое из носового хода

472. Для остеомиелита костей носа характерно

а) обильная риноррея; отсутствие носового дыхания;

отек корня носа, нижних век, с распространением отека

на верхнее веко; резкая болезненность при пальпации;

гнойное отделяемое из носа

б) сукровичное отделяемое из носа; дыхание через одну половину носа;

боли при пальпации носа; резкие головные боли;

гиперемия и отек корня лба и корня носа

в) резкий подъем температуры; затрудненное дыхание носом;

в анамнезе фурункул кожи корня носа;

резкая болезненность при пальпации;

сукровичное отделяемое из носовых ходов

г) высокая температура; дышит только через рот;

отек мягких тканей в области корня носа и век;

в анамнезе травма носа; серозное отделяемое из носовых ходов

д) температура субфебрильная; боли локализуются в области кожи лба

и корня носа; дыхание только через одну половину носа;

гноетечение из одного носового хода; отек мягких тканей корня носа

473. Причиной остеомиелита костей носа, как правило, служит

а) хронический ринит

б) травма костей носа

в) фурункулез

г) травма слизистой носовых ходов

д) травма кожи носа

474. Для уточнения диагноза остеомиелита костей носа необходимо провести

а) бактериологический посев отделяемого из носового хода

б) общий анализ крови

в) рентгенографию костей носа

г) пункцию отечных тканей

д) эндоназальное исследование

475. Обязательны для уточнения диагноза остеомиелита костей носа

а) рентгенография костей носа

б) пункция

в) эндоназальное обследование

г) пальпаторное исследование

д) анализ крови

476. Наиболее характерен для рожистого воспаления лица

следующий набор признаков

а) вялое начало (появление красноты на коже лица);

субфебрильная температура; повышенная потливость;

резкая слабость; адинамия

б) острое начало, высокая температура тела (до 39°); однократная рвота;

появление характерной красноты на коже лица в виде "бабочки";

быстрое распространение красноты на коже лица;

резкая очерченность участков красноты на лице в виде языков пламени

в) острое начало, температура; незначительное покраснение кожи лица;

инфильтрация и отек кожи лица и клетчатки;

болезненность при пальпации в центре; флюктуация

477. Больной 30 лет, пришел на прием с жалобами на озноб,

красноту и резкие боли и жжение лица справа.

Больной отмечает, что краснота на коже лица увеличилась вдвое

по сравнению со вчерашним днем.

При осмотре - отек верхнего и нижнего век справа, кожа щек и носа

в виде "бабочки" - резко отличается от соседних участков

своим яркокрасным цветом, граница в виде языка пламени.

На фоне гиперемированных участков кожи лица видны

белесоватые участки кожи (бляшки) 23 см. Температура тела 39°С.

Предположительный диагноз

а) рожистое воспаление

б) флегмона

в) лимфангоит

г) тромбофлебит

д) дерматит

478. Чаще всего актиномикоз развивается

а) в области конечностей

б) в паренхиматозных органах

в) в челюстно-лицевой области и шее

г) в брюшной области

д) в тканях головного мозга

479. Какой путь распространения лучистого грибка в организме человека

характерен для актиномикоза?

а) контактный

б) лимфогенный

в) гематогенный

г) все вышеперечисленные

480. Будет ли отличаться клиника неосложненного актиномикоза

от осложненного вторичной инфекцией?

а) да

б) нет

481. Из нижеперечисленных симптомов позволяют исключить

актиномикоз челюстно-лицевой области

а) медленное развитие воспалительного процесса

б) припухлость регионарных лимфатических узлов

в) наличие гангренозного зуба

г) из свищевого хода выделяется жидкий белесовато-зеленоватый гной

водянистой консистенции с примесью творожистых комочков

д) воспалительная контрактура жевательных мышц

482. Для постановки диагноза актиномикоз необходимо провести

а) общий анализ крови

б) анализ мочи

в) кожно-аллергическую реакцию

г) серологическую реакцию

д) все вышеперечисленные исследования можно использовать

для диагностики актиномикоза

483. Типичной зоной поражения нижней челюсти туберкулезом является

а) тело нижней челюсти

б) мыщелковый отросток

в) угол нижней челюсти

г) ветвь нижней челюсти

д) альвеолярный отросток

484. Правильно ли, что для туберкулезных язв на слизистой языка

характерны боли?

а) да

б) нет

484. Наиболее характерен для туберкулезного поражения

следующий набор признаков

а) вялое начало заболевания; отсутствие болевого синдрома;

хронический лимфаденит; лимфатические узлы спаяны в пакеты;

наличие свища со скудным зеленоваты отделяемым

с творожистым комочками

б) острое начало заболевания; в полости рта гангренозный зуб;

накануне зуб болел; в подчелюстной области пальпируется

плотный болезненный инфильтрат; температура 38.5°С

в) медленное развитие воспалительного процесса;

отсутствие причинного зуба; кожа плотно спаяна с инфильтратом

в околоушно-жевательной области; хронический лимфаденит;

в центре инфильтрата пальпируется размягчение

г) медленное развитие воспалительного процесса;

в полости рта гангренозный зуб;

лимфаденит поднижнечелюстных лимфатических узлов;

из свищевого хода выбухает грануляционная ткань,

свищ ведет в ткани щеки; от причинного зуба к инфильтрату тянется

плотный тяж под слизистой оболочкой переходной складки

д) над слизистой оболочке щеки имеются

небольшие инфильтраты и бугорки; в двух местах на слизистой щеки

имеются болезненные афты с подрытыми краями и желтоватым дном;

процесс развивается медленно; лимфаденит и лимфангоит

в подчелюстной области; температура субфебрильная

486. Наименее характерным признаком

для туберкулезного поражения альвеолярного отростка нижней челюсти

является

а) медленное развитие заболевания

б) хронический лимфаденит подчелюстной области

в) болезненная пальпация подчелюстных узлов

г) субфебрильная температура

д) рентгенологически определяется лишний структуры участок кости

с четкими границами, корни зубов раздвинуты

487. Типичный путь попадания бледной спирохеты в организм человека -

а) через гангренозный зуб

б) через одонтогенный очаг воспаления

в) через ссадины или царапины на коже или слизистой оболочке

г) через патологический зубо-десневой карман

д) через неповрежденную слизистую оболочку

488. Типичный путь распространения спирохеты в организме

а) по лимфатическим сосудам

б) по венозным сосудам

в) по артериальной системе

г) по протяженности

489. Время появления твердого шанкра

от момента внедрения бледной спирохеты

а) 1 неделя

б) 2-4 недели

в) 5-6 недель

г) 7-8 недель

490. Больные, пораженные сифилисом, наиболее заразны

а) при первичном сифилисе

б) при вторичном сифилисе

в) при третичном сифилисе

491. Для сифилитической язвы или эрозии в полости рта характерно

а) эрозивное поражение на слизистой нижней губы;

основание инфильтрата на очень плотное;

отмечается некоторое увеличение лимфатических узлов;

некоторое уплотнение лимфатических узлов

б) наличие эрозивно-язвенной поверхности на слизистой нижней губы;

в анамнезе слизистой нижней губы острая форма воспаления

в области травмы;

слизистая травмирована острым краем отколовшегося зуба;

нет склероденита

в) наличие плотного инфильтрата на нижней губе;

имеется язвенная поверхность размером 0.51 см;

язва как бы приподнята над окружающими тканями;

нет болезненности; подчелюстные лимфатические узлы увеличены,

уплотнены, безболезненны

г) язва поражает ткани губы на значительную глубину;

появилась на губе около 6 месяцев назад;

дно язвы покрыто некротической массой; пальпация нижней губы

безболезненна; в подчелюстной области лимфатические узлы

одиночные, плотные, с окружающими тканями спаяны

д) язва поражает ткани губы в подслизистом и мышечном слое;

на дне определяется плотный некротический стержень

беловато-грязного цвета; края язвы поднимаются в виде

плотного валика синюшно-красного цвета, гладкие, не подрытые;

несмотря на значительные разрушения, болей нет;

лимфатические узлы подчелюстной области не увеличены

492. Наиболее важным признаком при диагностике твердого шанкра

в первичном периоде является

а) наличие безболезненного инфильтрата

б) инфильтрат возвышается над окружающими тканями

в) увеличение и уплотнение регионарных лимфатических узлов

(склероденит) эластично-плотных, безболезненных

г) в центре инфильтрата западающая эрозия

д) эрозия не покрыта корочкой

493. Для постановки диагноза "сифилис" необходимо сделать

а) анализ крови

б) общий анализ мочи

в) анализ крови на реакцию Вассермана

г) анализ крови на свертывающую систему

д) СОЭ

494. Серореакция становится положительной

а) с 1-й недели заболевания

б) с 2-3-й недели заболевания

в) с 4-5-й недели заболевания

г) с 6-й недели заболевания

495. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи

происходит при удалении

а) 2112

б) 321123

в) 8765445678

г) 87654 45678

496. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является

а) носовое кровотечение

б) кровотечение из лунки

в) перелом альвеолярного отростка

г) выделение из лунки пенистой крови

497. Диагноз перфорации дна верхнечелюстной пазухи ставят на основании

а) жалоб больного

б) клинических данных

в) рентгенологической картины

г) клинико-рентгенологической картины

498. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи

происходит при удалении

а) его низким стоянии

б) удалении 2112

в) удалении 321123

г) удалении 87654 45678

499. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является

а) носовое кровотечение

б) кровотечение из лунки

в) перелом альвеолярного отростка

г) положительный симптом нагрузки

д) положительная носо-ротовая проба

500. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи

после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо

а) провести гайморотомию

б) динамическое наблюдение

в) промыть пазуху антисептиком

г) укрыть лунку йодоформным тампоном

д) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

501. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи

после удаления зуба и отсутствии в ней воспалительных явлений

необходимо

а) провести гайморотомию

б) динамическое наблюдение

в) промыть пазуху антисептиком

г) укрыть лунку йодоформным тампоном

д) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

502. При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи

показано лечение

а) физиотерапия

б) гайморотомия

в) иссечение свища

г) промывание пазухи антисептиком

д) гайморотомия с одномоментной пластикой свища

503. При пластике свищевого хода верхнечелюстной пазухи

линию швов на альвеолярном отростке закрывают

а) обтуратом

б) защитной пластинкой

в) йодоформным тампоном

г) мостовидным протезом

д) йодоформным тампоном и защитной пластинкой

504. Для устранения сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта

используются ткани

а) филатовского стебля

б) слизистой оболочки щеки

в) слизистой оболочки верхней губы

г) слизистой оболочки вестибулярной поверхности

альвеолярного отростка

д) слизистой оболочки вестибулярной поверхности

альвеолярного отростка и щеки

505. Ранним местным осложнением

после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является

а) тризм

б) носовое кровотечение

в) деформация скуловой области

г) парез краевой ветви n.facialis

506. Ранним местным осложнением

после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является

а) тризм

б) расхождение швов

в) деформация скуловой области

г) парез краевой ветви n.facialis

507. Для ускорения эпителизации раны

после пластики свищей верхнечелюстной пазухи местно назначают

а) массаж

б) лазеротерапию

в) иглорефлексотерапию

г) чрескожную электро-нейростимуляцию

508. Признаками,

характерными для анамнеза острого одонтогенного гайморита, являются

а) все перечисленные ниже

б) острое начало

в) ощущение удлиненных зубов на стороне поражения

г) ослабление обоняния

д) картина невралгии II ветви тройничного нерва

509. К объективным признакам,

характерным для острого одонтогенного гайморита, относятся

а) гиперемия щеки, плотность ее и болезненность при пальпации

б) болезненность костных стенок пазухи при перкуссии (симптом Линка)

в) отек и гиперемия слизистой оболочки нижней носовой раковины

г) затемнение при диафаноскопии, рентгенографии

д) правильные ответы а),,в),г)

510. Для острого одонтогенного гайморита

характерен следующий набор признаков

а) боль в области кариозно разрушенного зуба;

повышение температуры тела; наличие свищевого хода

на альвеолярном отростке; гиперемия кожных покровов лица;

утолщение стенок верхней челюсти

б) поднадкостничный абсцесс; субфебрильная температура тела;

синюшность кожных покровов; боль при приеме пищи;

обильное слюновыделение

в) острое начало в виде озноба, разбитости, повышения температуры тела;

болезненный при перкуссии периодонтитный зуб;

односторонний насморк с выделением слизисто-гнойного содержимого;

на рентгенограмме завулирована или затемнена гайморова пазуха;

светобоязнь и слезотечение на больной стороне

г) наличие плотного мало болезненного инфильтрата в области щеки;

наличие сообщения полости рта с носовой полостью;

парестезия пол ходу II ветви тройничного нерва;

ограничение открывания рта; изменение количества

гнойных выделений из носового хода

при различных положениях головы

д) наличие в анамнезе данных за острый воспалительный процесс

в гайморовой пазухе; наличие гноя у переднего конца средней

носовой раковины при риноскопии;

припухлость околочелюстных мягких тканей;

субфебрильная температура тела; двустороннее затемнение пазух

при диафаноскопии и рентгенографии

511. Правильно ли, что при одонтогенном гайморите

необходимо удаление "причинного" зуба?

а) да

б) нет

512. Правильно ли, что одним из признаков острого одонтогенного гайморита

является наличие остеомиелитического очага

в области альвеолярного отростка верхней челюсти?

а) да

б) нет

513. Всегда ли острый одонтогенный гайморит

переходит в хроническую стадию?

а) да

б) нет

514. Для установления диагноза "острый одонтогенный гайморит"

обязательными являются следующие исследования

а) анализ крови на СОЭ и лейкоцитоз

б) диафаноскопия

в) рентгеноскопия

г) электроодонтодиагностика зубов

д) эндоназальные исследования

е) правильные ответы в),г),д)

515. Затрудненному прорезыванию третьего моляра (зуба мудрости)

способствует

а) микростома

б) аномальное положение

в) недоразвитие челюстей

г) сужение нижней челюсти

д) артрит височно-нижнечелюстного сустава

516. Местным осложнением затрудненного прорезывания третьего моляра

является

а) невралгия

б) микростома

в) ксеростомия

г) перикоронит

д) сужение нижней челюсти

517. Местным осложнением затрудненного прорезывания третьего моляра

является

а) тризм

б) невралгия

в) микростома

г) ксеростомия

д) сужение нижней челюсти

518. При правильном положении третьего моляра и перикороните производится

а) удаление зуба

б) секвестрэктомия

в) иссечение капюшона

г) аппликации лидокаина

д) разрез по переходной складке

519. При неправильном положении третьего моляра и перикороните

производится

а) удаление зуба

б) секвестрэктомия

в) иссечение капюшона

г) аппликации лидокаина

д) разрез по переходной складке

520. При дистопии третьего нижнего моляра оперативный доступ

заключается в разрезе

а) по переходной складке с язычной стороны

б) по переходной складке с вестибулярной стороны

в) от середины второго моляра вниз к переходной складке

с вестибулярной стороны

г) от середины второго моляра вниз к переходной складке

с язычной стороны

д) от середины первого моляра вниз к переходной складке

с вестибулярной стороны

521. Третий нижний моляр удаляют

а) прямыми щипцами

б) крючком Лимберга

в) элеватором Волкова

г) элеватором Леклюза

д) элеватором Карапетяна

522. Третий нижний моляр удаляют

а) прямыми щипцами

б) крючком Лимберга

в) прямым элеватором

г) элеватором Волкова

523. Возбудителем актиномикоза являются

а) стафилококки

б) стрептококки

в) лучистые грибы

г) кишечные клостридии

д) туберкулезные микобактерии

524. Актиномикоз является

а) пороком развития

б) дистрофическим процессом

в) опухолеподобным процессом

г) специфическим воспалительным заболеванием

д) неспецифическим воспалительным заболеванием

525. Лучистые грибы распространяются

а) аутогенно

б) гематогенно

в) внутрикостно

г) контактно

д) воздушно-капельным путем

526. Лучистые грибы распространяются

а) лимфогенно

б) гематогенно

в) внутрикостно

г) контактно

д) воздушно-капельным путем

527. Диагноз "актиномикоз" устанавливается на основании

а) цитологического исследования

б) рентгенологических данных

в) клинического анализа крови

г) серологического исследования

д) исследования гормонального статуса

528. Клиническая картина актиномикоза мягких тканей лица заключается

а) в гиперемии кожи

б) в множестве свищей на не измененной коже

в) в воспалительном инфильтрате деревянистой плотности

без четких границ

г) в воспалительном инфильтрате деревянистой плотности

с четкими границами

529. Наиболее часто поражаются актиномикозом области

а) шеи

б) подбородочная

в) подподбородочная

г) височная, скуловая

д) поднижнечелюстная, щечная, околоушно-жевательная

530. В комплекс лечения актиномикоза челюстно-лицевой области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) иммунотерапия

д) гипотензивная терапия

531. В комплекс лечения актиномикоза челюстно-лицевой области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) хирургическое пособие

532. Для иммунотерапии актиномикоза челюстно-лицевой области используют

а) интерферон

б) актинолизат

в) стафилококковый анатоксин

г) противокоревой гамма-глобулин

д) стафилококковый иммуноглобулин

533. Количество инъекций актинолизата на один курс лечения

а) 5

б) 12

в) 15

г) 25

д) 35

534. В комплекс лечения актиномикоза челюстно-лицевой области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) аутогемотерапия

535. В комплекс лечения актиномикоза челюстно-лицевой области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) физиотерапия

536. В комплекс лечения актиномикоза челюстно-лицевой области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) ГБО-терапия

537. При длительном течении актиномикоза челюстно-лицевой области

развивается

а) медиастенит

б) пневмосклероз

в) бронхиальная астма

г) амилоидоз внутренних органов

538. При длительном течении актиномикоза челюстно-лицевой области

развивается

а) медиастенит

б) пневмосклероз

в) бронхиальная астма

г) поражение головного мозга

539. Фурункул - это

а) острое гнойное воспаление клетчатки

б) специфическое поражение придатков кожи

в) острое гнойное воспаление потовых желез

г) серозное воспаление волосяных фолликулов

д) острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула

540. Карбункул - это

а) острое гнойное воспаление клетчатки

б) специфическое поражение придатков кожи

в) острое гнойное воспаление потовых желез

г) серозное воспаление волосяных фолликулов

д) разлитое острое гнойно-некротическое воспаление

волосяного фолликула

541. Возбудителями при фурункулах челюстно-лицевой области

чаще всего являются

а) стрептококки

б) лучистые грибы

в) бледные спирохеты

г) золотистые стафилококки

д) туберкулезные микобактерии

542. Возбудителями при карбункулах челюстно-лицевой области

чаще всего являются

а) стрептококки

б) лучистые грибы

в) бледные спирохеты

г) золотистые стафилококки

д) туберкулезные микобактерии

543. Возбудителями при карбункулах челюстно-лицевой области

чаще всего являются

а) лучистые грибы

б) бактерии Лефлера

в) бледные спирохеты

г) стафилококки, стрептококки

д) туберкулезные микобактерии

544. Способствует развитию фурункулеза челюстно-лицевой области

а) эндартериит

б) сахарный диабет

в) гипертоническая болезнь

г) психические заболевания

545. Основным этиологическим фактором

фурункулеза челюстно-лицевой области является

а) эндартериит

б) гипертоническая болезнь

в) психические заболевания

г) снижение общей реактивности организма

546. Способствует развитию фурункулеза челюстно-лицевой области

а) туберкулез

б) эндартериит

в) психические заболевания

г) гипертоническая болезнь

547. Типичным клиническим признаком фурункула лица

является ограниченный

а) участок гиперемии кожи

б) инфильтрат кожи синюшного цвета

в) плотный инфильтрат мягких тканей

г) гиперемированный, конусообразно выступающий

над поверхностью кожи инфильтрат

д) гиперемированный,

конусообразно вдавленный под поверхностью кожи инфильтрат

548. Типичным клиническим признаком фурункула лица

является болезненный

а) участок гиперемии кожи

б) инфильтрат кожи синюшного цвета

в) инфильтрат в толще мягких тканей

г) плотный инфильтрат мягких тканей багрового цвета

д) инфильтрат багрового цвета с гнойно-некротическими стержнями

549. Общесоматическим осложнением фурункула лица является

а) сепсис

б) гайморит

в) диплопия

г) рожистое воспаление

д) гипертонический криз

550. Местным осложнением фурункула лица является

а) диплопия

б) гайморит

в) рожистое воспаление

г) гипертонический криз

д) тромбофлебит вен лица

551. Местным осложнением фурункула лица является

а) диплопия

б) гайморит

в) гнойный менингит

г) рожистое воспаление

д) гипертонический криз

552. Местным осложнением фурункула лица является

а) диплопия

б) гайморит

в) лимфаденит

г) рожистое воспаление

д) гипертонический криз

553. Местным осложнением фурункула лица является

а) диплопия

б) гайморит

в) абсцедирование

г) рожистое воспаление

д) гипертонический криз

554. Хирургическое пособие при прогрессировании

местных и общих проявлений фурункула лица заключается

а) в иссечении фурункула

б) в дренировании очага воспаления

в) в криохирургическом воздействии

г) в костеобразном рассечении, дренировании очага воспаления

555. В комплекс терапии фурункулов и карбункулов лица входит

а) лучевая терапия

б) мануальная терапия

в) седативная терапия

г) ГБО-терапия

д) гипотензивная терапия

556. В комплекс терапии фурункулов и карбункулов лица входит

а) лучевая терапия

б) мануальная терапия

в) седативная терапия

г) физиотерапия

д) гипотензивная терапия

557. В комплекс терапии фурункулеза челюстно-лицевой области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) аутогемотерапия

558. В комплекс терапии фурункулеза челюстно-лицевой области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) антибактериальная терапия

559. В комплекс терапии фурункулеза челюстно-лицевой области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) десенсибилизирующая терапия

560. В комплекс терапии фурункулеза челюстно-лицевой области входит

а) лучевая терапия

б) седативная терапия

в) мануальная терапия

г) гипотензивная терапия

д) дезинтоксикационная терапия

561. При начавшемся рожистом воспалении лица ультрафиолетовое облучение

назначают в дозах

а) субэритемных

б) гиперэритемных

в) малых эритемных

г) средних эритемных

д) больших эритемных

Раздел 14

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

001. Возбудителем эпидемического паротита является

а) диплококк

б) стрептококк

в) стафилококк

г) фузобактерия

д) фильтрующийся вирус

002. При эпидемическом паротите поражаются слюнные железы

а) малые

б) околоушные

в) подъязычные

г) поднижнечелюстные

003. Чаще всего эпидемическим паротитом болеют

а) дети

б) взрослые

в) подростки

г) пожилые люди

004. Способ передачи инфекции при эпидемическом паротите

а) половой

б) контактный

в) алиментарный

г) воздушно-капельный

005. При эпидемическом паротите поражается

а) строма

б) паренхима

в) вартонов проток

г) стенонов проток

д) протоки II и III порядков

006. Форма течения эпидемического паротита,

которая сопровождается повышением температуры до 39-40°С

а) легкая

б) тяжелая

в) средней тяжести

007. Форма течения эпидемического паротита,

которая сопровождается повышением температуры до 37.5-38°С

а) легкая

б) тяжелая

в) средней тяжести

008. Саливация при эпидемическом паротите

а) обычная

б) снижена

в) увеличена

009. При эпидемическом паротите объем слюнной железы

а) уменьшается

б) увеличивается

в) не изменяется

010. Иммунитет после перенесенного эпидемического паротита

а) стойкий

б) кратковременный

011. Лечение эпидемического паротита заключается

а) в лучевой терапии

б) в симптоматической

в) в бужировании протоков

г) в контрастной сиалографии

012. При лечении инфекционного паротита местно применяют

а) холод

б) эмболизацию

в) тепловые процедуры

013. Общими осложнениями эпидемического паротита являются

а) гастрит, цистит

б) остеомиелит, невралгия

в) дуоденит, илеит, проктит

г) орхит, панкреатит, менингит

014. Неэпидемический паротит является осложнением

а) гриппа

б) гипертонии

в) стенокардии

г) полиартрита

015. Ведущую роль в развитии острого сиалоаденита играет

а) острый стоматит

б) синдром Олбрайта

в) рефлекторная гипосаливация

г) рефлекторная гиперсаливация

016. Клиническая картина острого сиалоаденита характеризуется

а) синдромом Олбрайта

б) незначительным уплотнением железы

в) болью, увеличением железы, гипосаливацией

г) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

017. Слюна при остром сиалоадените

а) прозрачная, вязкая

б) прозрачная, жидкая

в) мутная, вязкая

018. Лечение острого сиалоаденита заключается

а) во вскрытии очага воспаления

б) в удалении пораженной железы

в) в снижении слюноотделения, снятии воспаления

г) в стимуляции слюноотделения, снятии воспаления

019. Стимулирует слюноотделение

а) атропин

б) пилокарпин

в) хлоргексидин

г) йодистый калий

д) хлористый кальций

020. Подавляет слюноотделение

а) атропин

б) пилокарпин

в) хлоргексидин

г) йодистый калий

д) хлористый кальций

021. Противовоспалительный препарат,

обладающий тропностью к железистой ткани

а) атропин

б) пилокарпин

в) хлоргексидин

г) йодистый калий

д) хлористый кальций

022. Лечение эпидемического паротита заключается

а) в лучевой терапии

б) в дезинтоксикационной терапии

в) в бужировании протоков

г) в контрастной сиалографии

023. Местными осложнениями эпидемического паротита является

а) проктит

б) менингит

в) невралгия

г) образование конкрементов

д) гнойное расплавление железы

024. Местными осложнениями эпидемического паротита является

а) проктит

б) менингит

в) невралгия

г) абсцедирование

д) образование конкрементов

025. К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желез относится

а) болезнь Шегрена

б) болезнь Микулича

в) эпидемический паротит

г) паренхиматозный сиалоаденит

026. Ведущую роль в развитии хронического сиалоаденита играет

а) острый стоматит

б) синдром Олбрайта

в) рефлекторная гиперсаливация

г) снижение секреторной функции

027. Хронический паренхиматозный сиалоаденит характеризуется

а) расплавлением стромы

б) тотальным отеком паренхимы

в) образованием мелких гнойных полостей

г) разрастанием межуточной соединительной ткани

028. Хронический интерстициальный сиалоаденит характеризуется

а) расплавлением стромы

б) тотальным отеком паренхимы

в) образованием мелких гнойных полостей

г) разрастанием межуточной соединительной ткани

029. При сиалодохитах характерно поражение

а) стромы железы

б) паренхимы железы

в) системы выводных протоков

г) внутрижелезистых лимфоузлов

030. Клиническая картина обострения паренхиматозного сиалоаденита

характеризуется

а) незначительным уплотнением железы

б) болью, припухлостью железы, слюной с гноем

в) болью, припухлостью железы, гипосаливацией

г) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

031. Слюна при обострении паренхиматозного сиалоаденита

а) прозрачная

б) с примесью гноя

032. Основным клиническим признаком калькулезного сиалоаденита является

а) боль в железе

б) гипосаливация

в) гиперсаливация

г) воспаление устья протока

д) припухание железы во время приема пищи

033. Контрастная сиалограмма паренхиматозного сиалоаденита характеризуется

а) расширением главного протока

б) сужением протоков всех порядков

в) множественными полостями в железе

г) ампульным расширением протоков II-III порядка

034. Контрастная сиалограмма интерстициального сиалоаденита

характеризуется

а) расширением главного протока

б) сужением протоков всех порядков

в) множественными полостями в железе

г) ампульным расширением протоков II-III порядка

035. Контрастная сиалограмма при сиалодохите характеризуется

а) расширением главного протока

б) ампульным расширением протоков

в) сужением протоков всех порядков

г) множественными полостями в железе

036. Оперативное вмешательство при хронических сиалоаденитах проводится

а) при сильных болях

б) при абсцедировании железы

в) при множественных полостях в железе

г) при наличии гнойного отделяемого из протоков

037. Оперативное вмешательство при хронических сиалоаденитах проводится

а) при сильных болях

б) при множественных полостях в железе

в) при неэффективной консервативной терапии

г) при наличии гнойного отделяемого из протоков

038. К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желез относится

а) болезнь Шегрена

б) болезнь Микулича

в) эпидемический паротит

г) интерстициальный сиалоаденит

039. Клиническая картина обострения интерстициального сиалоаденита

характеризуется

а) незначительным уплотнением железы

б) болью, припухлостью железы, слюной с гноем

в) болью, припухлостью железы, гипосаливацией

г) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

040. Слюна при обострении интерстициального сиалоаденита

а) прозрачная

б) с примесью гноя

041. Наиболее часто встречается сиалолитиаз

а) околоушной

б) подъязычной

в) малых слюнных желез

г) поднижнечелюстной слюнной железы

042. Дополнительным методом исследования

для диагностики конкремента слюнной железы является

а) цитологическое

б) радиоизотопное

в) рентгенологическое

г) контрастная сиалография

043. Основным клиническим признаком калькулезного сиалоаденита является

а) боль в железе

б) гипосаливация

в) гиперсаливация

г) слюнная колика

д) воспаление устья протока

044. Для диагностики конкремента в вартоновом протоке

выполняют рентгенографию

а) ортопантомограмму

б) тела нижней челюсти

в) внутриротовую дна полости рта

г) поднижнечелюстной слюнной железы

д) томографию поднижнечелюстной слюнной железы

045. Для диагностики конкремента в поднижнечелюстной слюнной железе

выполняют рентгенографию

а) ортопантомограмму

б) тела нижней челюсти

в) внутриротовую дна полости рта

г) поднижнечелюстной слюнной железы

д) томографию поднижнечелюстной слюнной железы

046. Контрастная сиалография применяется для диагностики конкремента

а) в слюнных железах

б) в протоках слюнных желез

047. Контрастная сиалография при слюнно-каменной болезни

используется с целью

а) снятия воспаления

б) уточнения диагноза

в) расширения протока

048. Основным методом лечения слюнно-каменной болезни является

а) физиотерапия

б) химиотерапия

в) гормонотерапия

г) аутогемотерапия

д) хирургическое вмешательство

049. Основным хирургическим методом лечения слюнно-каменной болезни

поднижнечелюстной слюнной железы является

а) экстирпация железы

б) удаление конкремента

в) ластика выводного протока

г) рассечение стенонова протока

д) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи по верхнему варианту

050. Основным хирургическим методом лечения слюнно-каменной болезни

околоушной слюнной железы является

а) экстирпация железы

б) удаление конкремента

в) пластика выводного протока

г) рассечение вартонова протока

д) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи по верхнему варианту

051. Ведущую роль в развитии калькулезного сиалоаденита играет

а) острый стоматит

б) синдром Олбрайта

в) рефлекторная гиперсаливация

г) снижение секреторной функции

д) нарушение минерального обмена

052. Для профилактики проталкивания конкремента в железу

при удалении его из вартонова протока необходимо выполнить

а) бужирование

б) наливку протока

в) прошивание дистально

г) прошивание протока медиально

053. Осложнение калькулезного сиалоаденита

а) невралгия

б) абсцедирование

в) синдром Олбрайта

г) рефлекторная гиперсаливация

д) нарушение минерального обмена

054. После удаления конкремента из вартонова протока необходимо

а) ушить проток

б) дренировать проток

в) послойно ушить рану

г) закрыть рану йодоформным тампоном

055. После операции по поводу слюнно-каменной болезни

необходимо назначить

а) лучевую терапию

б) физиолечение

в) химиотерапию

г) иммунотерапию

д) гормонотерапию

056. Одним из этапов удаления поднижнечелюстной слюнной железы

является перевязка

а) стенонова протока

б) вартонова протока

в) a.carotis communis

г) верхней щитовидной артерии

д) краевой ветви лицевого нерва

057. Отдаленным местным осложнением после удаления

поднижнечелюстной слюнной железы являются

а) парастезии

б) слюнной свищ

в) неврит ментального нерва

г) парез мимической мускулатуры

д) аурикулотемпоральный синдром

058. Кисты слюнных желез относятся

а) к опухолям

б) к воспалительным заболеваниям

в) к опухолеподобным образованиям

г) к специфическим воспалительным заболеваниям

059. В основе развития ретенционных кист слюнных желез лежит

а) опухоль

б) воспаление

в) родовая травма

г) нарушение оттока слюны

060. При развитии ретенционных кист в слюнных железах наблюдается

а) сужение протоков и атрофия паренхимы

б) расширение протоков и атрофия паренхимы

в) сужение протоков и гипертрофия паренхимы

г) расширение протоков и гипертрофия паренхимы

061. Полость ретенционной кисты слюнной железы заполнена

а) слюной

б) детритом

в) грануляциями

г) холестеатомными массами

д) кристаллами холестерина

062. Консистенция ретенционной кисты слюнной железы

а) плотная

б) эластичная

в) плотно-эластичная

063. С окружающими тканями киста слюнной железы

а) спаяна

б) не спаяна

064. Основным методом лечения кист слюнных желез является

а) физиотерапия

б) химиотерапия

в) гормонотерапия

г) аутогемотерапия

д) хирургическое вмешательство

065. Ранулой называется

а) киста околоушной слюнной железы

б) киста подъязычной слюнной железы

в) опухоль подъязычной слюнной железы

г) киста поднижнечелюстной слюнной железы

д) опухоль поднижнечелюстной слюнной железы

066. Хирургическое лечение ретенционных кист малых слюнных желез

заключается в удалении кисты

а) с железой

б) с частью железы

в) кисты с железой и окружающими тканями

067. При удалении ретенционных кист малых слюнных желез иссекаются

а) киста

б) часть оболочки кисты

в) часть слизистой оболочки и киста с железой

г) часть слизистой оболочки, киста с железой и окружающими тканями

068. При ушивании раны после удаления ретенционных кист используют шов

а) узловой

б) кисетный

в) П-образный

г) непрерывный

д) косметический

069. Основным хирургическим методом лечения ранулы

является удаление кисты

а) с окружающими тканями

б) с частями слизистой оболочки

в) с подъязычной слюнной железой

г) с подъязычной и поднижнечелюстной слюнными железами

070. Наиболее информативным методом рентгенологического исследования

кист больших слюнных желез является

а) томография

б) сиалография

в) ортопантомограмма

г) компьютерная томография

д) сиалография с цистографией

071. Хирургическое лечение кисты поднижнечелюстной слюнной железы

заключается в удалении кисты

а) с железой

б) и части железы

в) с дольками железы

г) с железой и окружающими тканями

072. Хирургическое лечение кисты околоушной слюнной железы

заключается в удалении кисты

а) с железой

б) с дольками железы

в) с ветвями лицевого нерва

г) с железой и окружающим тканями

073. Кисту поднижнечелюстной слюнной железы

необходимо дифференцировать

а) с опухолью

б) с паротитом

в) с актиномикозом

г) с воспалительным заболеванием

074. Кисту околоушной слюнной железы необходимо дифференцировать

а) с опухолью

б) с актиномикозом

в) с капиллярной гемангиомой

г) с воспалительным заболеванием

075. Двойным контрастированием при рентгенологическом исследовании

кист слюнных желез называется

а) цистография

б) сиалография с цистографией

в) сиалография с пункцией кисты

г) бужирование протока слюнной железы и цистография

076. Кисту поднижнечелюстной слюнной железы

необходимо дифференцировать

а) с паротитом

б) с актиномикозом

в) с боковой кистой шеи

г) с капиллярной гемангиомой

д) с воспалительным заболеванием

077. Доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является

а) карцинома

б) цилиндрома

в) мукоэпидермоидная

г) ацинозноклеточная

д) мономорфная аденома

078. Доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является

а) карцинома

б) цилиндрома

в) ацинозноклеточная

г) мукоэпидермоидная

д) полиморфная аденома

079. Злокачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является

а) цилиндрома

б) лимфаденома

в) онкоцитоз

г) полиморфная аденома

д) мономорфная аденома

080. Злокачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является

а) онкоцитоз

б) лимфаденома

в) полиморфная аденома

г) мономорфная аденома

д) аденокистозная карцинома

081. Злокачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является

а) онкоцитоз

б) лимфаденома

в) аденокарцинома

г) полиморфная аденома

д) мономорфная аденома

082. Местнодеструктивным ростом обладает

а) аденолимфома

б) мономорфная аденома

в) полиморфная аденома

г) мукоэпидермоидная опухоль

д) ацинозноклеточная опухоль

083. Условно доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез

является

а) карцинома

б) цилиндрома

в) мукоэпидермоидная опухоль

г) ацинозноклеточная опухоль

д) мономорфная аденома

084. Особенностью полиморфной аденомы является

а) цикличеное развитие

б) инфильтрирующий рост

в) ранний распад опухоли

г) мультицентрический рост

д) наличие воспалительного компонента

085. Метастазы в легкие на ранних стадиях дает

а) карцинома

б) мукоэпидермоидная опухоль

в) ацинозноклеточная опухоль

г) мономорфная аденома

д) аденокистозная карцинома

086. Синоним смешанной опухоли

а) цилиндрома

б) мукоэпидермоидная опухоль

в) ацинозноклеточная опухоль

г) полиморфная аденома

д) мономорфная аденома

087. Синоним аденокистозной карциномы

а) цилиндрома

б) мукоэпидермоидная опухоль

в) ацинозноклеточная опухоль

г) мономорфная аденома

д) полиморфная аденома

088. Периневрально растет

а) цилиндрома

б) мукоэпидермоидная опухоль

в) ацинозноклеточная опухоль

г) полиморфная аденома

д) мономорфная аденома

089. Основным дополнительным методом исследования

в диагностике опухолей слюнных желез является

а) изотопное исследование

б) цитология

в) ультразвуковое исследование

г) сиалотомография

д) термовизиография

090. Клиническая картина доброкачественных опухолей слюнных желез

характеризуется

а) синдромом Олбрайта

б) незначительным уплотнением железы

в) болью, увеличением железы, гипосаливацией

г) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

д) безболезненным узлом в железе, не спаянным с окружающими тканями

091. Клиническая картина злокачественных опухолей слюнных желез

характеризуется

а) синдромом Олбрайта

б) болью, уменьшением железы

в) незначительным уплотнением железы

г) болью, увеличением железы, гиперсаливацией

д) ограничено подвижным слабоболезненным узлом в железе

092. Рентгенологическая картина доброкачественных опухолей слюнных желез

характеризуется

а) сужением протоков всех порядков

б) мелкими полостями в ткани железы

в) дефектом наполнения без четких контуров

г) дефектом наполнения с четкими контурами

д) равномерным заполнением железы контрастным веществом

093. Рентгенологическая картина злокачественных опухолей слюнных желез

характеризуется

а) сужением протоков всех порядков

б) мелкими полостями в ткани железы

в) дефектом наполнения без четких контуров

г) дефектом наполнения с четкими контурами

д) равномерным заполнением железы контрастным веществом

094. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей

поднижнечелюстной слюнной железы заключается в удалении

а) железы

б) только опухоли

в) одной из долей железы

г) опухоли и железы с окружающими тканями

095. Хирургическое лечение доброкачественной опухоли

околоушной слюнной железы заключается в удалении

а) железы

б) одной из долей железы

в) железы, с окружающими тканями

г) опухоли, с окружающими тканями

096. При удалении злокачественных опухолей из малых слюнных желез

в области неба необходимо проводить

а) энуклеацию

б) сиалографию

в) резекцию неба

г) бужирование протока

097. Отдаленным местным осложнением после удаления опухоли

околоушной слюнной железы являются

а) парастезии

б) ксеростомия

в) слюнной свищ

г) парез мышц языка

д) неврит ментального нерва

098. Ранним местным осложнением после удаления опухоли

околоушной слюнной железы являются

а) парастезии

б) ксеростомия

в) парез мышц языка

г) неврит ментального нерва

д) парез мимической мускулатуры

099. Основным методом лечения аденокистозной карциномы является

а) химиотерапия

б) хирургический метод

в) лучевая терапия

г) электрорезекция

д) комбинированный метод

100. При удалении доброкачественных опухолей из малых слюнных желез

в области неба необходимо проводить

а) энуклеацию

б) сиалографию

в) резекцию неба

г) бужирование протока

101. Оперативный доступ при удалении опухолей околоушной слюнной железы

а) по Бильроту

б) по Ковтуновичу

в) по Колдуэлл - Люку

102. Оперативный доступ при удалении опухолей околоушной слюнной железы

а) по Редону

б) по Бильроту

в) по Колдуэлл - Люку

103. При удалении доброкачественных опухолей нижнего полюса

околоушной слюнной железы проводится

а) паротидэктомия

б) экстирпация железы

в) резекция нижнего полюса

г) паротидэктомия в плоскости ветвей лицевого нерва

104. Основным методом лечения

низкодифференцированной формы мукоэпидермоидной опухоли является

а) химиотерапия

б) хирургический

в) лучевая терапия

г) электрорезекция

д) комбинированный

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

Раздел 1

ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

001 - г) 004 - г) 007 - д) 010 - д) 013 - в)

002 - б) 005 - д) 008 - г) 011 - е) 014 - а)

003 - в) 006 - а) 009 - д) 012 - д) 015 - б)

Раздел 2

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

001 - в) 023 - а) 045 - а) 067 - б) 089 - б)

002 - в) 024 - а) 046 - б) 068 - в) 090 - в)

003 - г) 025 - а) 047 - б) 069 - в) 091 - б)

004 - а) 026 - а) 048 - в) 070 - б) 092 - б)

005 - а) 027 - а) 049 - в) 071 - г) 093 - в)

006 - а) 028 - а) 050 - б) 072 - б) 094 - б)

007 - а) 029 - в) 051 - б) 073 - д) 095 - б)

008 - е) 030 - б) 052 - г) 074 - г) 096 - б)

009 - а) 031 - г) 053 - г) 075 - а) 097 - а)

010 - а) 032 - а) 054 - в) 076 - в) 098 - в)

011 - а) 033 - а) 055 - б) 077 - в) 099 - а)

012 - а) 034 - б) 056 - в) 078 - а) 100 - а)

013 - г) 035 - г) 057 - б) 079 - а) 101 - г)

014 - е) 036 - б) 058 - а) 080 - а) 102 - а)

015 - а) 037 - а) 059 - в) 081 - а) 103 - г)

016 - б) 038 - а) 060 - а) 082 - в) 104 - б)

017 - а) 039 - в) 061 - а) 083 - б) 105 - в)

018 - а) 040 - в) 062 - б) 084 - а) 106 - г)

019 - а) 041 - а) 063 - б) 085 - б) 107 - е)

020 - г) 042 - г) 064 - а) 086 - б) 108 - г)

021 - г) 043 - в) 065 - б) 087 - г)

022 - д) 044 - в) 066 - а) 088 - е)

Раздел 3

ФИЗИОТЕРАПИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

001 - а) 004 - г) 007 - а) 010 - б) 013 - б)

002 - а) 005 - б) 008 - а) 011 - а) 014 - а)

003 - б) 006 - а) 009 - в) 012 - а)

Раздел 4

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

001 - д) 011 - а) 021 - а) 031 - а) 041 - а)

002 - д) 012 - б) 022 - а) 032 - а) 042 - г)

003 - б) 013 - а) 023 - а) 033 - г) 043 - б)

004 - б) 014 - в) 024 - в) 034 - а) 044 - б)

005 - д) 015 - г) 025 - а) 035 - а) 045 - а)

006 - а) 016 - а) 026 - б) 036 - б) 046 - а)

007 - а),в) 017 - а) 027 - а) 037 - б) 047 - б)

008 - б) 018 - ж) 028 - а) 038 - е) 048 - д)

009 - а) 019 - е) 029 - д) 039 - б) 049 - в)

010 - а) 020 - и) 030 - в) 040 - г)

Раздел 5

УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ И МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

001 - а) 006 - е) 011 - б) 016 - б) 021 - д)

002 - в) 007 - б) 012 - б) 017 - а),г) 022 - г),е)

003 - б) 008 - в) 013 - д) 018 - г) 023 - д)

004 - а) 009 - г) 014 - в) 019 - в) 024 - д)

005 - е) 010 - д) 015 - а) 020 - а)

Раздел 6

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВОВ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ

001 - в) 012 - а) 023 - а) 034 - а) 045 - б)

002 - в) 013 - г) 024 - б) 035 - в) 046 - в)

003 - б) 014 - а) 025 - в) 036 - б) 047 - б)

004 - а) 015 - д) 026 - д) 037 - б) 048 - б)

005 - в) 016 - б) 027 - г) 038 - в) 049 - б)

006 - б) 017 - г) 028 - г) 039 - а) 050 - г)

007 - б) 018 - г) 029 - а) 040 - б) 051 - в)

008 - в) 019 - а) 030 - б) 041 - в) 052 - б)

009 - д) 020 - в) 031 - в) 042 - б) 053 - в)

010 - г) 021 - д) 032 - а) 043 - б)

011 - б) 022 - д) 033 - в) 044 - в)

Раздел 7

ТРАВМАТОЛОГИЯ С ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ СТОМАТОЛОГИЕЙ

001 - г) 004 - б) 007 - а) 010 - в) 013 - в)

002 - в) 005 - в) 008 - г) 011 - в) 014 - а)

003 - б) 006 - б) 009 - в) 012 - в) 015 - в)

016 - а) 058 - д) 100 - в) 142 - г) 184 - г)

017 - б) 059 - г) 101 - а) 143 - г) 185 - д)

018 - б) 060 - г) 102 - в) 144 - г) 186 - д)

019 - б) 061 - г) 103 - а) 145 - а) 187 - б)

020 - а) 062 - б) 104 - г) 146 - а) 188 - б)

021 - а) 063 - а) 105 - в) 147 - в) 189 - а)

022 - г) 064 - в) 106 - в) 148 - а) 190 - г)

023 - в) 065 - а) 107 - а) 149 - д) 191 - б)

024 - г) 066 - б) 108 - в) 150 - б) 192 - б)

025 - а) 067 - в) 109 - а) 151 - в) 193 - б)

026 - в) 068 - а) 110 - а) 152 - г) 194 - г)

027 - г) 069 - б) 111 - в) 153 - а) 195 - г)

028 - в) 070 - в) 112 - в) 154 - б) 196 - г)

029 - а) 071 - б) 113 - б) 155 - б) 197 - в)

030 - в) 072 - в) 114 - г) 156 - а) 198 - г)

031 - в) 073 - в) 115 - б) 157 - а) 199 - г)

032 - д) 074 - в) 116 - д) 158 - в) 200 - в)

033 - а) 075 - в) 117 - г) 159 - б) 201 - г)

034 - а) 076 - в) 118 - г) 160 - в) 202 - б)

035 - в) 077 - д) 119 - в) 161 - в) 203 - д)

036 - а) 078 - г) 120 - б) 162 - г) 204 - а)

037 - в) 079 - г) 121 - в) 163 - д) 205 - б)

038 - б) 080 - д) 122 - в) 164 - а) 206 - в)

039 - а) 081 - д) 123 - б) 165 - б) 207 - а)

040 - а) 082 - в) 124 - б) 166 - б) 208 - г)

041 - в) 083 - в) 125 - в) 167 - д) 209 - г)

042 - а) 084 - в) 126 - д) 168 - в) 210 - г)

043 - г) 085 - а) 127 - д) 169 - г) 211 - б)

044 - г) 086 - г) 128 - в) 170 - а) 212 - г)

045 - г) 087 - в) 129 - б) 171 - а) 213 - в)

046 - г) 088 - в) 130 - в) 172 - б) 214 - а)

047 - а) 089 - г) 131 - в) 173 - в) 215 - г)

048 - д) 090 - в) 132 - в) 174 - д) 216 - б)

049 - д) 091 - а) 133 - а) 175 - в) 217 - а)

050 - в) 092 - г) 134 - д) 176 - в) 218 - б)

051 - д) 093 - д) 135 - в) 177 - б) 219 - г)

052 - б) 094 - е) 136 - а) 178 - д) 220 - б)

053 - в) 095 - д) 137 - д) 179 - г) 221 - в)

054 - д) 096 - б) 138 - д) 180 - а) 222 - а)

055 - д) 097 - в) 139 - д) 181 - а) 223 - в)

056 - б) 098 - в) 140 - г) 182 - г) 224 - в)

057 - а) 099 - б) 141 - г) 183 - г) 225 - в)

Раздел 8

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЛИЦА И ШЕИ

001 - а) 004 - в) 007 - а) 010 - в) 013 - а)

002 - б) 005 - г) 008 - а) 011 - б)

003 - а) 006 - в) 009 - б) 012 - в)

Раздел 9

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ

ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

001 - а) 019 - в) 037 - а) 055 - а) 073 - г)

002 - а) 020 - в) 038 - а) 056 - в) 074 - г)

003 - а) 021 - д) 039 - а) 057 - а) 075 - д)

004 - а) 022 - б) 040 - б) 058 - а) 076 - б)

005 - б) 023 - в) 041 - в) 059 - в) 077 - б)

006 - д) 024 - б) 042 - г) 060 - а) 078 - а)

007 - д) 025 - д) 043 - а) 061 - а) 079 - в)

008 - б) 026 - г) 044 - д) 062 - д) 080 - в)

009 - а) 027 - а) 045 - д) 063 - в) 081 - в)

010 - а) 028 - г) 046 - б) 064 - д) 082 - г)

011 - б) 029 - г) 047 - г) 065 - г) 083 - г)

012 - в) 030 - б) 048 - в) 066 - б) 084 - г)

013 - е) 031 - г) 049 - в) 067 - а) 085 - д)

014 - а) 032 - б) 050 - в) 068 - д) 086 - в)

015 - д) 033 - а) 051 - е) 069 - д) 087 - а)

016 - б) 034 - в) 052 - а),в) 070 - д)

017 - б) 035 - а) 053 - б) 071 - д)

018 - в) 036 - в) 054 - а),в) 072 - г)

Раздел 10

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001 - е) 011 - в) 021 - а) 031 - г) 041 - г)

002 - в) 012 - в) 022 - а) 032 - в) 042 - г)

003 - в) 013 - б) 023 - д) 033 - б) 043 - а)

004 - а) 014 - а) 024 - а) 034 - б) 044 - б)

005 - в) 015 - в) 025 - б) 035 - г) 045 - г)

006 - г) 016 - в) 026 - д) 036 - а) 046 - в)

007 - д) 017 - б) 027 - б) 037 - б) 047 - г)

008 - в) 018 - в) 028 - а) 038 - г) 048 - б)

009 - б) 019 - а) 029 - г) 039 - д) 049 - д)

010 - б) 020 - а) 030 - г) 040 - в) 050 - д)

051 - а) 067 - г) 083 - а) 099 - а) 115 - а)

052 - д) 068 - а) 084 - г) 100 - д) 116 - д)

053 - г) 069 - г) 085 - а) 101 - а) 117 - д)

054 - г) 070 - г) 086 - б) 102 - г) 118 - е)

055 - в) 071 - б) 087 - в) 103 - в) 119 - е)

056 - д) 072 - б) 088 - г) 104 - г) 120 - б)

057 - а) 073 - а) 089 - г) 105 - д) 121 - е)

058 - г) 074 - в) 090 - г) 106 - г) 122 - б)

059 - д) 075 - г) 091 - г) 107 - в) 123 - а)

060 - б) 076 - б) 092 - в) 108 - д) 124 - г)

061 - г) 077 - а) 093 - б) 109 - в) 125 - д)

062 - г) 078 - д) 094 - в) 110 - д) 126 - в)

063 - б) 079 - в) 095 - г) 111 - д) 127 - г)

064 - д) 080 - в) 096 - в) 112 - б) 128 - в)

065 - в) 081 - д) 097 - д) 113 - в)

066 - б) 082 - в) 098 - в) 114 - г)

Раздел 11

ОПУХОЛЕВОПОДОБНЫЕ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ГОЛОВЫ И ШЕИ

001 - а) 021 - в) 041 - в) 061 - б) 081 - б)

002 - д) 022 - в) 042 - г) 062 - в) 082 - в)

003 - б) 023 - г) 043 - г) 063 - г) 083 - г)

004 - д) 024 - в) 044 - г) 064 - г) 084 - в)

005 - д) 025 - г) 045 - а) 065 - в) 085 - б)

006 - д) 026 - б) 046 - б) 066 - а) 086 - а)

007 - д) 027 - д) 047 - а) 067 - а) 087 - г)

008 - б) 028 - а) 048 - г) 068 - а) 088 - г)

009 - д) 029 - а) 049 - б) 069 - а) 089 - а)

010 - д) 030 - в) 050 - б) 070 - а) 090 - а)

011 - д) 031 - б) 051 - а),б) 071 - а) 091 - а)

012 - д) 032 - в) 052 - б) 072 - б) 092 - д)

013 - в) 033 - а) 053 - б) 073 - в) 093 - в)

014 - б) 034 - г) 054 - г) 074 - б) 094 - в)

015 - д) 035 - г) 055 - в) 075 - д) 095 - б)

016 - г) 036 - б) 056 - а) 076 - а) 096 - б)

017 - г) 037 - д) 057 - в) 077 - б) 097 - д)

018 - в) 038 - г) 058 - б) 078 - а) 098 - г)

019 - д) 039 - а) 059 - г) 079 - а) 099 - а)

020 - б) 040 - д) 060 - а) 080 - а) 100 - а)

101 - г) 138 - а) 175 - б) 212 - в) 249 - б)

102 - б) 139 - в) 176 - б) 213 - а) 250 - в)

103 - б) 140 - в) 177 - г) 214 - г) 251 - б)

104 - а) 141 - д) 178 - в) 215 - б) 252 - б)

105 - б) 142 - а) 179 - а) 216 - б) 253 - а)

106 - б) 143 - г) 180 - б) 217 - б) 254 - в),г)

107 - в) 144 - д) 181 - в) 218 - а) 255 - а)

108 - г) 145 - д) 182 - а) 219 - а) 256 - а)

109 - б) 146 - г) 183 - в) 220 - б) 257 - а)

110 - в) 147 - а) 184 - а),б) 221 - г) 258 - а)

111 - б) 148 - в) 185 - д) 222 - в) 259 - а)

112 - г) 149 - д) 186 - г) 223 - а) 260 - а)

113 - в) 150 - в) 187 - д) 224 - д) 261 - б)

114 - д) 151 - в) 188 - в) 225 - д) 262 - а)

115 - а) 152 - б) 189 - г) 226 - б) 263 - а)

116 - б) 153 - в) 190 - д) 227 - а) 264 - б)

117 - в) 154 - д) 191 - б) 228 - а) 265 - в)

118 - а),б) 155 - а) 192 - а) 229 - а) 266 - а)

119 - а) 156 - а) 193 - а) 230 - б) 267 - б)

120 - б) 157 - а) 194 - а) 231 - г) 268 - а),в),

г),ж)

121 - а) 158 - г) 195 - а) 232 - б) 269 - а),б)

122 - а) 159 - а),б) 196 - а) 233 - а) 270 - а)

123 - д) 160 - г) 197 - а) 234 - а) 271 - б)

124 - б) 161 - б) 198 - а) 235 - а) 272 - а)

125 - а) 162 - д) 199 - а) 236 - д) 273 - д)

126 - а),б) 163 - а) 200 - а) 237 - в) 274 - б)

127 - а),б) 164 - а) 201 - б) 238 - в) 275 - а)

128 - в) 165 - б) 202 - а) 239 - г) 276 - б)

129 - в) 166 - д) 203 - а) 240 - а) 277 - а)

130 - д) 167 - д) 204 - а) 241 - а),б),в),

е),з) 278 - а)

131 - г) 168 - г) 205 - а) 242 - д) 279 - в)

132 - а) 169 - д) 206 - а) 243 - г) 280 - а)

133 - г) 170 - а) 207 - а),б) 244 - в) 281 - а)

134 - а) 171 - а) 208 - г) 245 - а)

135 - а),б) 172 - а) 209 - г) 246 - д)

136 - д) 173 - д) 210 - б) 247 - а)

137 - в) 174 - а) 211 - а) 248 - а)

Раздел 12

ОСНОВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001 - д) 041 - в) 081 - в) 121 - г) 161 - д)

002 - а) 042 - д) 082 - г) 122 - б) 162 - г)

003 - г) 043 - г) 083 - г) 123 - б) 163 - г)

004 - д) 044 - г) 084 - в) 124 - в) 164 - а)

005 - ж) 045 - г) 085 - г) 125 - в) 165 - б)

006 - г) 046 - д) 086 - в) 126 - г) 166 - г)

007 - б) 047 - в) 087 - а) 127 - в) 167 - а)

008 - б) 048 - д) 088 - б) 128 - г) 168 - в)

009 - д) 049 - б) 089 - г) 129 - а) 169 - б)

010 - б) 050 - г) 090 - в) 130 - а) 170 - г)

011 - а) 051 - в) 091 - в) 131 - г) 171 - б)

012 - б) 052 - б) 092 - б) 132 - б) 172 - г)

013 - б) 053 - д) 093 - г) 133 - б) 173 - а)

014 - в) 054 - а) 094 - а) 134 - б) 174 - б)

015 - а),в) 055 - б) 095 - а) 135 - в) 175 - г)

016 - а),в) 056 - а),г) 096 - а) 136 - б) 176 - г)

017 - г) 057 - в) 097 - б) 137 - б) 177 - б)

018 - а) 058 - б),в) 098 - в) 138 - в) 178 - в)

019 - г) 059 - г) 099 - а) 139 - в) 179 - г)

020 - г) 060 - г) 100 - г) 140 - а) 180 - а)

021 - а) 061 - д) 101 - в) 141 - б) 181 - а)

022 - в) 062 - в) 102 - г) 142 - в) 182 - г)

023 - в) 063 - г) 103 - а) 143 - г) 183 - б)

024 - в) 064 - а),б) 104 - а) 144 - в) 184 - б)

025 - д) 065 - а) 105 - б) 145 - а) 185 - б)

026 - а) 066 - в) 106 - в) 146 - б) 186 - г)

027 - д) 067 - г) 107 - г) 147 - а) 187 - а)

028 - г) 068 - а) 108 - б) 148 - б) 188 - г)

029 - в) 069 - д) 109 - г) 149 - г) 189 - в)

030 - б) 070 - в) 110 - б) 150 - а) 190 - а)

031 - д) 071 - в) 111 - д) 151 - а) 191 - в)

032 - в) 072 - г) 112 - в) 152 - г) 192 - б)

033 - б),в) 073 - б) 113 - г) 153 - г) 193 - в)

034 - а),б),в) 074 - г) 114 - в) 154 - г) 194 - г)

035 - а),б),в) 075 - б) 115 - б) 155 - д) 195 - в)

036 - а),в) 076 - а) 116 - г) 156 - б) 196 - г)

037 - а) 077 - г) 117 - в) 157 - в) 197 - а)

038 - д) 078 - в) 118 - б) 158 - г) 198 - б)

039 - б) 079 - г) 119 - а) 159 - г) 199 - в)

040 - в) 080 - в) 120 - в) 160 - б) 200 - б)

201 - а) 208 - а) 215 - б) 222 - в) 229 - а)

202 - б) 209 - б) 216 - д) 223 - г) 230 - в)

203 - а) 210 - г) 217 - а) 224 - в) 231 - г)

204 - в) 211 - г) 218 - д) 225 - а) 232 - а)

205 - в) 212 - а) 219 - д) 226 - в) 233 - в)

206 - а) 213 - в) 220 - в) 227 - а) 234 - г)

207 - б) 214 - г) 221 - а) 228 - б) 235 - в)

236 - д)

Раздел 13

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001 - б) 031 - б) 061 - б) 091 - в) 121 - г)

002 - г) 032 - а) 062 - в) 092 - д) 122 - д)

003 - в) 033 - д) 063 - г) 093 - а) 123 - г)

004 - а) 034 - в) 064 - д) 094 - а) 124 - а)

005 - г) 035 - г) 065 - а) 095 - в) 125 - а)

006 - в) 036 - б) 066 - а) 096 - г) 126 - д)

007 - б) 037 - а) 067 - д) 097 - д) 127 - д)

008 - а) 038 - г) 068 - д) 098 - д) 128 - в)

009 - а) 039 - а) 069 - в) 099 - д) 129 - д)

010 - б) 040 - б) 070 - д) 100 - в) 130 - в)

011 - в) 041 - д) 071 - д) 101 - б) 131 - г)

012 - а) 042 - в) 072 - в) 102 - в) 132 - д)

013 - г) 043 - б) 073 - д) 103 - д) 133 - а)

014 - в) 044 - а) 074 - б) 104 - д) 134 - а)

015 - б) 045 - г) 075 - б) 105 - г) 135 - г)

016 - а) 046 - в) 076 - г) 106 - а) 136 - д)

017 - г) 047 - г) 077 - д) 107 - б) 137 - д)

018 - е) 048 - б) 078 - б) 108 - г) 138 - д)

019 - б) 049 - в) 079 - б) 109 - в) 139 - г)

020 - д) 050 - а) 080 - д) 110 - а) 140 - б)

021 - г) 051 - а) 081 - б) 111 - д) 141 - г)

022 - в) 052 - г) 082 - д) 112 - а) 142 - г)

023 - а) 053 - в) 083 - д) 113 - а) 143 - г)

024 - б) 054 - б) 084 - а) 114 - б) 144 - а)

025 - в) 055 - г) 085 - а),б) 115 - г) 145 - б)

026 - а) 056 - в) 086 - а) 116 - д) 146 - б)

027 - г) 057 - д) 087 - а) 117 - д) 147 - г)

028 - в) 058 - а) 088 - д) 118 - д) 148 - в)

029 - г) 059 - б) 089 - б),в) 119 - б) 149 - д)

030 - е) 060 - а) 090 - д) 120 - б) 150 - д)

151 - а) 191 - г) 231 - г) 271 - а) 311 - д)

152 - б) 192 - г) 232 - д) 272 - в) 312 - а)

153 - д) 193 - а) 233 - в) 273 - а) 313 - в)

154 - а) 194 - б) 234 - г) 274 - б) 314 - д)

155 - б) 195 - б) 235 - г) 275 - в) 315 - д)

156 - б) 196 - а) 236 - в) 276 - д) 316 - а)

157 - г) 197 - а) 237 - в) 277 - д) 317 - б)

158 - в) 198 - а) 238 - а) 278 - д) 318 - г)

159 - а) 199 - а) 239 - а) 279 - г) 319 - а)

160 - д) 200 - д) 240 - б) 280 - б) 320 - а)

161 - а) 201 - в) 241 - а) 281 - б) 321 - д)

162 - в) 202 - д) 242 - а) 282 - а) 322 - а)

163 - д) 203 - б) 243 - а) 283 - а) 323 - а)

164 - д) 204 - г) 244 - в) 284 - г) 324 - а)

165 - д) 205 - в) 245 - д) 285 - б) 325 - г)

166 - б) 206 - г) 246 - б) 286 - д) 326 - б)

167 - б) 207 - в) 247 - б) 287 - б) 327 - д)

168 - д) 208 - б) 248 - б) 288 - б) 328 - д)

169 - в) 209 - б) 249 - а) 289 - а) 329 - д)

170 - в) 210 - б) 250 - б) 290 - а) 330 - г)

171 - д) 211 - д) 251 - д) 291 - г) 331 - в)

172 - а) 212 - в) 252 - г) 292 - а) 332 - а)

173 - б) 213 - в) 253 - б) 293 - в) 333 - г)

174 - б) 214 - а) 254 - д) 294 - а) 334 - д)

175 - д) 215 - в) 255 - д) 295 - б) 335 - в)

176 - д) 216 - в) 256 - д) 296 - д) 336 - б)

177 - г) 217 - д) 257 - д) 297 - в) 337 - б)

178 - г) 218 - в) 258 - г) 298 - д) 338 - г)

179 - г) 219 - д) 259 - а) 299 - г) 339 - г)

180 - в) 220 - г) 260 - в) 300 - б) 340 - б)

181 - б) 221 - д) 261 - б) 301 - б) 341 - б)

182 - в) 222 - д) 262 - б) 302 - д) 342 - а)

183 - в) 223 - д) 263 - в) 303 - д) 343 - а)

184 - б) 224 - б) 264 - в) 304 - д) 344 - г)

185 - а) 225 - г) 265 - в) 305 - г) 345 - д)

186 - в) 226 - г) 266 - д) 306 - г) 346 - а)

187 - в) 227 - г) 267 - е) 307 - г) 347 - а)

188 - д) 228 - в) 268 - в) 308 - в) 348 - г)

189 - д) 229 - в) 269 - г) 309 - б) 349 - в)

190 - д) 230 - г) 270 - а) 310 - б) 350 - а)

351 - д) 391 - в) 431 - ж) 471 - а) 511 - а)

352 - д) 392 - г) 432 - д) 472 - г) 512 - б)

353 - д) 393 - г) 433 - а) 473 - б) 513 - б)

354 - в) 394 - в) 434 - б) 474 - в) 514 - е)

355 - б) 395 - а) 435 - г) 475 - а) 515 - б)

356 - д) 396 - д) 436 - в) 476 - б) 516 - г)

357 - д) 397 - д) 437 - б) 477 - а) 517 - а)

358 - в) 398 - г) 438 - в) 478 - в) 518 - в)

359 - а) 399 - а) 439 - в) 479 - г) 519 - а)

360 - а) 400 - г) 440 - б) 480 - а) 520 - в)

361 - б) 401 - б) 441 - г) 481 - г) 521 - г)

362 - а) 402 - д) 442 - в) 482 - г) 522 - в)

363 - а) 403 - д) 443 - д) 483 - г) 523 - в)

364 - д) 404 - г) 444 - д) 484 - а) 524 - г)

365 - д) 405 - в) 445 - г) 485 - а) 525 - а)

366 - д) 406 - д) 446 - г) 486 - д) 526 - а)

367 - а) 407 - г) 447 - д) 487 - в) 527 - а)

368 - д) 408 - б) 448 - г) 488 - а) 528 - в)

369 - а) 409 - а) 449 - а) 489 - б) 529 - д)

370 - а) 410 - в) 450 - д) 490 - б) 530 - г)

371 - д) 411 - в) 451 - д) 491 - в) 531 - д)

372 - д) 412 - б) 452 - г) 492 - в) 532 - б)

373 - г) 413 - а) 453 - г) 493 - в) 533 - г)

374 - д) 414 - д) 454 - б) 494 - г) 534 - д)

375 - а) 415 - в) 455 - б) 495 - в) 535 - г)

376 - д) 416 - а) 456 - а) 496 - г) 536 - г)

377 - б) 417 - г) 457 - г) 497 - г) 537 - г)

378 - д) 418 - б) 458 - г) 498 - а) 538 - г)

379 - д) 419 - г) 459 - г) 499 - д) 539 - д)

380 - в) 420 - д) 460 - г) 500 - г) 540 - д)

381 - д) 421 - д) 461 - б) 501 - д) 541 - г)

382 - б) 422 - г) 462 - г) 502 - д) 542 - г)

383 - б) 423 - г) 463 - в) 503 - д) 543 - г)

384 - в) 424 - д) 464 - б) 504 - д) 544 - б)

385 - б) 425 - г) 465 - а) 505 - б) 545 - г)

386 - а) 426 - в) 466 - а) 506 - б) 546 - а)

387 - г) 427 - б) 467 - в) 507 - б) 547 - г)

388 - а) 428 - в) 468 - г) 508 - а) 548 - д)

389 - а) 429 - б) 469 - а) 509 - д) 549 - а)

390 - а) 430 - а) 470 - а) 510 - в) 550 - д)

551 - в) 553 - в) 555 - г) 557 - д) 559 - д)

552 - в) 554 - г) 556 - г) 558 - д) 560 - д)

561 - б)

Раздел 14

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

001 - д) 022 - б) 043 - г) 064 - д) 085 - д)

002 - б) 023 - д) 044 - в) 065 - б) 086 - г)

003 - а) 024 - г) 045 - г) 066 - а) 087 - а)

004 - г) 025 - г) 046 - а) 067 - в) 088 - а)

005 - а) 026 - г) 047 - б) 068 - а) 089 - б)

006 - б) 027 - в) 048 - д) 069 - в) 090 - д)

007 - в) 028 - г) 049 - а) 070 - д) 091 - д)

008 - б) 029 - а) 050 - б) 071 - а) 092 - г)

009 - б) 030 - б) 051 - д) 072 - б) 093 - в)

010 - а) 031 - б) 052 - в) 073 - а) 094 - а)

011 - б) 032 - д) 053 - б) 074 - а) 095 - г)

012 - в) 033 - в) 054 - г) 075 - б) 096 - в)

013 - г) 034 - б) 055 - б) 076 - в) 097 - в)

014 - а) 035 - б) 056 - б) 077 - д) 098 - д)

015 - в) 036 - б) 057 - б) 078 - д) 099 - д)

016 - в) 037 - в) 058 - в) 079 - а) 100 - а)

017 - в) 038 - г) 059 - г) 080 - д) 101 - б)

018 - г) 039 - в) 060 - б) 081 - в) 102 - а)

019 - б) 040 - а) 061 - а) 082 - д) 103 - в)

020 - а) 041 - г) 062 - в) 083 - в) 104 - д)

021 - г) 042 - в) 063 - б) 084 - г)