

**ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ЭКЗАМЕН ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
060105 – «СТОМАТОЛОГИЯ»**

Вариант 1.

Установите соответствие:

1. Методы обследования стоматологического больного на терапевтическом приеме

- | | |
|-------------------|------------------------|
| 1) основные | а) расспрос |
| 2) дополнительные | б) внешний осмотр |
| | в) зондирование |
| | г) перкуссия |
| | д) пальпация |
| | е) ЭОД |
| | ж) температурная проба |
| | з) рентгенография |

Выберите один правильный ответ:

2. Клинические проявления острого токсического периодонтита:

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

3. Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста:

1. хронический гранулирующий периодонтит,
2. хронический гранулематозный периодонтит,
3. хронический фиброзный периодонтит,
4. хронический периодонтит в стадии обострения

4. При хроническом гранулирующем периодонтите на рентгенограмме:

1. очаг разрежения костной ткани разных размеров без четких границ.
2. очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами размером до 5 мм,
3. расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба,
4. очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами размером свыше 7см в диаметре

5. ЭОД при хроническом периодонтите в постоянных зубах:

1. 1 - 6 мкА,
2. 20 - 60 мкА,
3. 200 мкА

6. Наиболее частой причиной острого периодонтита у детей является:

1. воздействие химических веществ при расширении корневого канала,
2. избыточное выведение пломбирочного материала за верхушку корня,
3. передозировка мышьяковистой пасты

Установите соответствие:

7. Сосочки языка

- 1) нитевидные
- 2) грибовидные
- 3) листовидные
- 4) желобоватые

Топография

- а) на боковых поверхностях и кончике языка
- б) на всей поверхности языка
- в) на боковых поверхностях и задних отделах языка
- г) на границе корня и тела языка

8. Слюнные железы

- 1) большие
- 2) малые

Локализация

- а) околоушные
- б) поднижнечелюстные
- в) щечные
- г) губные
- д) язычные
- е) подъязычные

Выберите один правильный ответ:

9. При хроническом периодонтите временного зуба может возникнуть:

1. системная гипоплазия эмали постоянного зуба,
2. местная гипоплазия эмали постоянного зуба,
3. несовершенный амелогенез

10. Медикаментозное средство для антисептической обработки корневых каналов:

1. капрофер,
2. йодиол,
3. гипохлорит натрия,
4. раствор Шиллера-Писарева

11. Вросшие в раструб корня грануляции при хроническом периодонтите у детей:

1. удаляют,
2. не удаляют,
3. обрабатывают антисептиком

12. Пломбирование корневых каналов временных резцов с разрушенной коронкой производят:

1. пастой окиси цинка на масляной основе,
2. фосфат-цементом,
3. штифтом

13. Рациональная тактика при хроническом периодонтите временных зубов у ребенка, страдающего пиелонефритом:

1. использование резорцин-формалинового метода,
2. пломбирование каналов пастой на масляной основе,
3. удаление зуба

14. Пломбируют корневые каналы постоянных зубов с несформированными корнями при хроническом периодонтите:

1. пастой из окиси цинка на масляной основе,
2. резорцин-формалиновой пастой,
3. пастой на основе гидроокиси кальция

Укажите правильную последовательность:

15. Методика «ручного» пломбирования канала пастами

- 1) проведение рентгенологического контроля качества пломбирования
- 2) вводят следующую порцию пасты на меньшую глубину и конденсируют ее
- 3) конденсируют пасту при помощи ватной турунды на эндодонтическом инструменте
- 4) на кончике К-файла, К-римера или корневой иглы в канал до верхушки вносят небольшое количество пасты
- 5) продолжают введение и конденсацию последующих порций пасты до полной obturation канала
- 6) уплотнение избытка пасты над устьем корневого канала ватным шариком

16. Пломбирование канала гуттаперчевыми штифтами методом латеральной (боковой) конденсации

- 1) подбор основного штифта и спредера
- 2) введение основного штифта в канал
- 3) введение в канал эндогерметика
- 4) боковая конденсация гуттаперчи
- 5) выведение спредера и введение дополнительного штифта
- 6) боковая конденсация гуттаперчи, выведение спредера и введение второго дополнительного штифта
- 7) рентгенологический контроль качества пломбирования
- 8) удаление излишков пасты и гуттаперчи

Выберите один правильный ответ:

17. Апексогенез - это:

1. способ лечения периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями, при котором завершение роста корня происходит физиологическим путем,
2. способ лечения периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями, при котором апикальное отверстие закрывается с помощью остеоцементного барьера

18. Препараты, использующиеся для проведения апексификации:

1. витремер,
2. дайрект,
3. кальцидент

19. Апексификация проводится в постоянных зубах с несформированными корнями, когда зона роста:

1. сохранена,
2. разрушена

20. Апексогенез проводится в постоянных зубах с несформированными корнями, когда зона роста:

1. сохранена,
2. разрушена

21. Какие материалы используют для одношаговой апексификации:

1. формокрезол,
2. рассасывающаяся керамика,
3. резорцин-формалиновая паста,
4. цинкоксидэвгеноловая паста

22. Выберите показания к удалению временных зубов по поводу периодонтита:

1. у детей с системными заболеваниями,
2. у детей с компенсированной формой кариеса,
3. если до физиологической смены осталось менее 4-х лет,
4. у детей 1, 2 группы здоровья

23. Ребенок 12 лет получил травму лиц В тот же день обратился в поликлинику с жалобами на боли при накусывании на 1.1. и 2.1. зубы. При осмотре выявлено: отек и кровоизлияние в мягкие ткани верхней губы, 1.1. и 2.1. имеют подвижность 1 степени. Предварительный диагноз:

1. хронический фиброзный пульпит,
2. хронический фиброзный периодонтит,
3. травматический пульпит,
4. травматический периодонтит

24. Основной функцией периодонта является:

1. опорная,
2. трофическая,
3. пластическая,
4. защитная,
5. все вышеуказанные

25. Вид резорбции корней, наиболее часто обуславливающий раннее удаление временного зуба:

1. идиопатическая,
2. резорбция в результате новообразований,
3. патологическая резорбция при хроническом воспалении,
4. физиологическая резорбция (3 тип в области бифуркации)

26. Формула гипса

1. $\text{CaSO}_4 \times 2\text{H}_2\text{O}$
2. $\text{CuSO}_4 \times 2\text{H}_2\text{O}$
3. $\text{MgSO}_4 \times 2\text{H}_2\text{O}$

27. Катализаторами при затвердевании гипса являются

1. сульфат калия
2. сульфат бария
3. хлористый кальций
4. 4,5% раствор этилового спирта

28. Ингибиторами при затвердевании гипса являются

1. 2-3% раствор хлористого натрия
2. Цитрат калия
3. 5-6% раствор сахара
4. Алюмо-калиевые квасцы

29. Перечислите альгинатные оттискные массы

1. Спидекс
2. Ипин
3. Гипс
4. Масса Ванштейна

30. Перечислите силиконовые оттискные массы

1. Стомальгин
2. Ипин
3. Спидекс
4. Гипс

5. Масса Ванштейна

31. Перечислите термопластические оттисковые массы

1. Стомальгин
2. Сизэласт-69
3. Спидекс
4. Гипс
5. Масса Ванштейна

32. Ипип относится к оттисковым материалам

1. Альгинатным
2. Силиконовым
3. Термопластическим

33. Масса Ванштейна относится к оттисковым материалам

1. Альгинатным
2. Силиконовым
3. Термопластическим

34. Нержавеющая сталь это

1. Хромоникелевый сплав
2. Хромокобальтовый сплав
3. Сплав железа с углеродом

35. Процесс получения полимеров в результате соединения мономеров это

1. Минерализация
2. Поликонденсация

36. Назовите базисные пластмассы

1. Фторакс
2. Акрилоксид

37. Температура обжига масс для металлокерамики

1. 332-3330С
2. 745-7460С
3. 929-9800С
4. 1080-10910С

38. Для получения оттиска с беззубой нижней челюсти используются ложки

1. Н-1; Н-2; Н-3; Н-4; Н-5
2. Н-6; Н-7; Н-8; Н-9

39. Перечислите статические методы определения жевательной эффективности

1. Метод Агапова
2. Метод Оксмана
3. Одонтопародонтограмма Курляндского
4. Все перечисленные методы

40. Перечислите статические методы определения жевательной эффективности, учитывающие состояние тканей пародонта

1. Метод Агапова
2. Метод Рубинова
3. Одонтопародонтограмма Курляндского

4. Все перечисленные методы

41. Перечислите статические методы определения жевательной эффективности, не учитывающие состояние тканей пародонта

1. Метод Агапова
2. Метод Рубинова
3. Одонтопародонтограмма Курляндского
4. Все перечисленные методы

42. Перечислите методы хирургической подготовки полости рта к протезированию

1. Удаление корней зубов и экзостозов
2. Лечение кариеса
3. Перемещение зубов, стоящих вне зубного ряда
4. Все перечисленные методы

43. Перечислите методы ортодонтической подготовки полости рта к протезированию

1. Удаление корней зубов
2. Удаление экзостозов
3. Перемещение зубов, стоящих вне зубного ряда
4. Поэтапное завышение прикуса
5. Все перечисленные методы

44. Перечислите методы терапевтической подготовки полости рта к протезированию

1. Удаление корней зубов
2. Депульпирование зубов
3. Перемещение зубов, стоящих вне зубного ряда
4. Поэтапное завышение прикуса
5. Все перечисленные методы

45. К помещениям зуботехнической лаборатории относятся

1. Гипсовочная
2. Полимеризационная
3. Формовочная
4. Все перечисленные

46. Норма площади помещения на одно ортопедическое кресло

1. 14 кв.м
2. 21 кв.м
3. 23 кв.м

47. Суставной признак центральной окклюзии. Суставная головка находится на скате суставного бугорка

1. у основания суставного бугорка
2. на вершине суставного бугорка

48. В положении центральной окклюзии мышцы, поднимающие нижнюю челюсть

1. равномерно напряжены
2. расслаблены
3. неравномерно напряжены

49. Искусственные фарфоровые зубы соединяются с базисом пластиночного протеза

1. механически
2. химически

3. при помощи клея

50. Анатомический слепок снимают с челюсти

1. стандартной ложкой
2. индивидуальной ложкой с применением функциональных проб
3. индивидуальной ложкой без применения функциональных проб

51. Для организации стоматологического кабинета нужно:

1. пригодное помещение, стоматологическая установка, кресло, специальный набор инструментария, стерилизатор.
2. операционный стол, наркозный аппарат, фонендоскоп, кислородный баллон и т.д.
3. ортопантомограф, рентгеновский аппарат

52. Наименее болезненное препарирование твердых тканей зубов проводится при скорости вращения бора

1. 100-300 тыс/об/мин
2. 80-100 тыс/об/мин
3. 3-6 тыс/об/мин
4. 20-40 тыс/об/мин

53. Длина бора для прямого наконечника

1. 28 мм
2. 44 мм
3. 57 мм

54. Наиболее характерный клинический симптом при кариесе разных стадий – боль:

1. самопроизвольная
2. сохраняющаяся после устранения раздражителя
3. только в присутствии раздражителя

55. Полость при поверхностном кариесе локализуется в пределах

1. эмали
2. эмали и дентина
3. эмали, дентина и предентина

56. Полость при среднем кариесе локализуется в пределах:

1. эмали
2. эмали и дентина
3. эмали, дентина и предентина

57. К некариозным поражениям зубов относят:

1. пульпит
2. периодонтит
3. флюороз

58. Факторы, предрасполагающие к возникновению системной гипоплазии зубов временного прикуса:

1. низкое содержание фтора в питьевой воде
2. неполноценное питание матери в период беременности
3. заболевание ребенка на первом году жизни
4. травма временных зубов

5. осложнения кариеса временных зубов

- 59. Пульпа зуба представляет собой рыхлую соединительную ткань, состоящую из:**
 1. основного вещества, сосудов и нервов
 2. сосудов, нервов, ключных и волокнистых элементов
 3. клеточных, волокнистых элементов, основного вещества, сосудов и нервов

- 60. Устье корневых каналов разделяет пульпу более выражено на коронковую и корневую в следующих зубах:**
 1. многокорневых
 2. однокорневых

- 61. Физиологическая верхушка отстоит от анатомической на**
 1. 1-2 мм
 2. 3-4 мм
 3. 0-1 мм

- 62. Артерии пульпы анастомозы:**
 1. имеют
 2. не имеют

- 63. Пародонт представляет собой сложное анатомическое образование происхождения:**
 1. эпителиального
 2. соединительнотканного

- 64. Ширина пародонтальной щели на нижней челюсти:**
 1. 0,5-4,0
 2. 0,15-0,22
 3. 0,3-0,5

- 65. Ширина пародонтальной щели на верхней челюсти**
 1. 0,3-0,4
 2. 0,15-0,22
 3. 0,3-0,5

- 66. Наличие кариозной полости может быть причиной пародонтита:**
 1. травматического
 2. инфекционного
 3. медикаментозного

- 67. Пародонт-это:**
 1. зуб, десна, пародонт
 2. десна, пародонт, кость альвеолы
 3. десна, пародонт, кость альвеолы, цемент корня

- 68. Альвеолярная десна – это:**
 1. десневой сосочек и десна вокруг зуба
 2. десна, окружающая зуб
 3. десна, покрывающая альвеолярный отросток

- 69. Маргинальная десна-это:**
 1. десневой сосочек и десна вокруг зуба
 2. десна, окружающая зуб
 3. десна, покрывающая альвеолярный отросток

70. В норме не ороговевают эпителий:

1. десневой борозды
2. папиллярной десны
3. альвеолярной десны

71. При интактном пародонте десневая борозда определяется:

1. клинически
2. гистологически
3. рентгенологически

72. Пятно относят к элементам поражения:

1. первичным
2. вторичным

73. Узелок относят к элементам поражения:

1. первичным
2. вторичным

74. Бугорок относят к элементам поражения

1. первичным
2. вторичным

75. Узел относят к элементам поражения:

1. первичным
2. вторичным

76. Метод пластики встречными треугольными лоскутами предложил:

1. Седилло
2. Аббе
3. Лимберг
4. Пачес
5. Филатов

77. Ауто трансплантат это материал, взятый у:

1. животного
2. близнеца
3. другого человека
4. у самого пациента

78. Для удаления 18 и 28 зубов используют:

1. S-образные право – или левосторонние щипцы
2. прямые щипцы
3. специальные байонетные щипцы
4. клювовидные щипцы, изогнутые по плоскости

79. Для удаления корня второго верхнего премоляра используют:

1. универсальные байонетные щипцы
2. специальные байонетные щипцы
3. S-образные щипцы с шипиком
4. прямые щипцы

80. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относятся:

1. альвеолит
2. синусит
3. невралгия тройничного нерва
4. обморок
5. луночное кровотечение

81. Осложнениями фурункула верхней губы являются:

1. острый одонтогенный периостит ч.
2. одонтогенный гайморит
3. острый паротит
4. тромбофлебит лицевой вены

82. Распространение инфекции в полость черепа при фурункулах лица идёт по:

1. венозной системе
2. наружной сонной артерии
3. язычной артерии
4. лимфатическим путям
5. системе гаверсовых и фолькмановских каналов

83. Воспалительный инфильтрат характеризуется:

1. мягкой консистенцией
2. болезненным уплотнением
3. Бледностью покровных тканей
4. возможностью собрать ткани в складку

84. Одонтогенная инфекция чаще всего распространяется:

1. контактным путём
2. лимфогенным путём
3. гематогенным путём
4. трансмиссивным путём
5. воздушно – капельным путём

85. Затруднение прорезывания зуба «мудрости» связано с:

1. нарушение минерального обмена
2. уменьшением ретромолярного пространства
3. нарушением гигиены полости рта
4. некариозными поражениями третьих моляров

86. Больные с острыми одонтогенными периоститами челюстей нуждаются в:

1. плановой помощи
2. экстренной помощи
3. физиотерапии
4. наблюдение врача

87. Основной причиной вывихов н.ч. является:

1. острый вывих н.ч.
2. нижняя микрогнатия
3. первичный актиномикоз н.ч.
4. сниженная высота суставного бугра

88. Лечение при двустороннем переднем вывихе н.ч. заключается:

1. во вправлении вывиха
2. избирательном пришлифовывание зубов
3. резекции суставных бугорков
4. фиксации гладкой шины - скобы

89. Причиной специфического артрита ВНЧС является:

1. гонорея
2. острый одонтогенный периостит челюсти
3. гнойный отит
4. эпидемический паротит

90. О смещении отломков при переломах н.ч. свидетельствует:

1. вывихи зубов
2. нарушение прикуса
3. околоушный гипергидроз
4. нарушение чувствительности кожи в области, иннервируемой малой гусиной лапкой

91. Основным симптомом невралгии тройничного нерва преимущественно центрального генеза является:

1. постоянная ноющая боль
2. наличие курковых точек
3. симптом Венсана
4. контрактура жевательных мышц

92. Лейкоплакия относится:

1. к порокам развития
2. специфическим воспалительным процессам
3. к предракам
4. доброкачественным опухолям
5. опухолеподобным заболеваниям

93. К методам морфологической диагностики относятся:

1. секвестрэктомия
2. фистулография
3. цветная лимфография
4. флебография
5. биопсия

94. К органоспецифическим доброкачественным опухолям относятся:

1. фиброзный эпулис
2. остеобластокластома
3. остеома
4. липома
5. фиброзная остеодисплазия

95. Симптом наполнения характерен для:

1. папилломы
2. амелобластомы
3. одонтомы
4. болезни Боуэна
5. кавернозной гемангеомы

96. Символ «Т» в международной классификации злокачественных опухолей характеризует:

1. регионарные метастазы
2. отдалённые метастазы
3. степени дифференцировки опухоли
4. первичную опухоль
5. присоединение вторичного воспаления

97.Симптом Дюпюитрена относится к:

1. переломам в.ч.
2. переломам н.ч.
3. кистам челюстей
4. острым остеомиелитам челюстей

98. Классификация Ле Фор относится к:

1. переломам верхней челюсти
2. переломам скуловой кости
3. злокачественным опухолям челюстей
4. остеомиелитам челюстей

99. Лигатурное связывание по Айви применяется при:

1. вывихах зубов
2. переломах зубов
3. переломах скуловой дуги
4. переломах н.ч.
5. переломах костей носа

100. При локализации слюнного камня в Вартоновом протоке, показано:

1. физиотерапия
2. промывание протоков железы
3. экстирпация поднижнечелюстной слюнной железы
4. обкальвание слюнной железы антибиотиками
5. удаление слюнного камня из протока

Вариант 2.

Выберите один правильный ответ

1. К мышцам жевательной группы относятся:

1. Медиальная крыловидная
2. Лопаточно-подъязычная
3. Трапецевидная
4. Круговая мышца глаза

2. Дно полости рта делится на 2 этажа мышцей:

1. латеральной крыловидной
2. собственно жевательной
3. челюстно-подъязычной
4. медиальной крыловидной

3. Язычный нерв расположен наиболее поверхностно:

1. в крыловидно – нижнечелюстном пространстве
2. на нижней поверхности языка
3. в челюстно-язычном желобке, напротив зуба мудрости
4. на боковой поверхности языка
- 5.

4. Блокада небного нерва относится к

1. нейрорептаналгезии
2. неинъекционному обезболиванию
3. инфильтрационной анестезии

4. проводниковой анестезии

5. Для удаления нижних третьих моляров при контрактуре жевательных мышц используют:

1. клювовидные щипцы с широкими щёчками
2. клювовидные щипцы, изогнутые по плоскости
3. универсальные байонетные щипцы
4. прямые щипцы
5. «S» - образные щипцы без шипика

Установите соответствие

6. Дополнительные методы исследования Название

- | | |
|------------------|--|
| 1)функциональные | а) цитологический метод |
| 2)лабораторные | б) гистологический метод |
| | в) полярография |
| | г) реодентография |
| | д) реопародонтография |
| | е) серологический метод ж) биомикроскопия |

Выберите один правильный ответ

7. Характерным признаком перелома нижней челюсти является:

1. патологическая подвижность
2. гиперсаливация
3. симптом очков
4. кровотечение из носа

8. Что предпринять по отношению к зубу, корень которого находится в щели перелома н.ч. и имеет очаг хронической инфекции:

1. назначить физиолечение
2. депульпировать
3. сделать резекцию верхушки корня
4. удалить, а лунку ушить

9. Одонтогенная флегмона какой локализации сопровождается выраженной контрактурой жевательных мышц:

1. флегмона височной области
2. флегмона языка
3. флегмона подглазничной области
4. глубокая флегмона шеи

10. Особенностью вен лица является:

1. поверхностное расположение
2. отсутствие клапанов
3. малый диаметр
4. концевой характер

11. Отсутствие слюны обозначается термином:

1. гипосаливация
2. асаливация
3. гиперсаливация
4. синдром Шегрена

12. Для определения состояния протоков больных слюнных желёз используют:

1. радиоизотопное исследование
2. контрастирование протоков с последующей Rö-графией

3. биохимический анализ крови
4. биопсию

13. Ранула это:

1. доброкачественная органоспецифическая опухоль
2. ретенционная киста подъязычной области
3. одонтогенная киста н.ч.
4. опухолеподобное заболевание

14. Установите соответствие

Ткани развития	Ткани зуба
1)эпителий	а) эмаль
2)мезенхима	б) пульпа
	в) дентин
	г) цемент
	д) периодонт

Выберите один правильный ответ

15. При расположении доброкачественной опухоли околоушной слюнной железы вблизи основного ствола выделение лицевого нерва выполняют по методике:

1. Ковтуновича
2. Колдуэл – Мока
3. Редона
4. Кохера - Вебера
5. Лимберга

16. Болезнь Микулера это:

1. специфическое заболевание
2. злокачественная опухоль
3. реактивно дистрофическое заболевание слюнных желёз
4. местнодеструктирующая опухоль

17. При болезни Шегрена отмечается:

1. гиперсаливация
2. увеличение всех больших слюнных желез
3. симптом Дюпюитрена
4. слезотечение

18. Основные жалобы больных с болезнью Шегрена связаны с:

1. ограничением открыванием рта
2. хрустом в ВНЧС
3. онемением нижней губы и кожи подбородочной области
4. сухостью полости рта
5. гиперсаливацией

19. Символами «TNM» обозначают:

1. специфические воспалительные процессы
2. распространённость злокачественных опухолей
3. степень зрелости клеток опухоли
4. клинические группы онкологических больных

20. К специальному методу лечения злокачественных опухолей относят:

1. обработку антисептиками
2. склерозирующую терапию
3. лучевую терапию
4. иглокальвание

5. магнитотерапию

21. При раке кожи лица T₁N₀M₀ показано лечение в виде:

1. близкофокусной рентген - терапии
2. обработки антисептиками
3. физиотерапии
4. операции Крайля

22. Признаком малигнизации полиморфной аденомы околоушной слюнной железы является:

1. ксеростомия
2. гиперсаливация
3. асиалия
4. парез n.facialis
5. повышение температуры тела

23. При гигантоклеточном эпюлисе показано:

1. динамическое наблюдение
2. перевязка приводящих и отводящих сосудов
3. сегментарная резекция альвеолярного отростка челюсти
4. комбинированное лечение: телегамма - терапия + резекция н.ч.

24. Метастазирование присуще:

1. доброкачественным опухолям
2. местнодеструктирующим опухолям
3. злокачественным опухолям
4. опухолеподобным заболеваниям

25. Симптом Венсана характеризуются:

1. асимметрией лица
2. контрактурой жевательных мышц
3. хрустом в области ВНЧС-ов
4. онемением нижней губы и кожи подбородка
5. асиалией

26. Перевязочный материал стерилизуют:

1. автоклавированием
2. в сухожаровом шкафу
3. кипячением

27. Холодной стерилизации подвергаются:

1. боры, эндодонтические инструменты, зонд, пинцет, гладилки
2. зеркала, режущие инструменты

28. Число классов в классификации кариозных полостей по Блэку

1. 3
2. 7
3. 5
4. 9

29. Глубокий кариес дифференцируют с:

1. средним кариесом
2. хроническим пульпитом
3. хроническим периодонтитом
4. флюорозом

30. Методы диагностики кариеса в стадии пятна:

1. окрашивание и ЭОД
2. ЭОД и рентгенография
3. рентгенография и термодиагностика
4. термодиагностика и люминесцентная стоматоскопия
5. люминесцентная стоматоскопия и окрашивание

31. Метод витального окрашивания выявляет очаги деминерализации эмали при:

1. эрозии эмали
2. кариесе в стадии белого пятна
3. клиновидном дефекте
4. гипоплазии
5. кариесе в стадии пигментированного пятна

32. Факторы, предрасполагающие к возникновению системной гипоплазии зубов постоянного прикуса:

1. низкое содержание фтора в питьевой воде
2. неполноценное питание матери в период беременности
3. заболевание матери в период беременности
4. заболевание ребенка на первом году жизни
5. травма временных зубов
6. осложнения кариеса временных зубов

33. Гипоплазия эмали зубов, развивающаяся на фоне нарушения обмена веществ, носит характер:

1. системный
2. местный

34. В пульпе зуба располагаются капиллярные сплетения:

1. одонтобластическое и периферическое
2. субодонтобластическое и центральное

35. В пульпе преобладают нервные волокна:

1. миелиновые
2. безмиелиновые

36. Периферический (одонтобластический) слой содержит одонтобластов:

1. 1-2 ряда
2. 2-4 ряда
3. 5-6 рядов

37. Отростки одонтобластов направлены к:

1. периферии
2. центру
3. центру и периферии

38. При хронических формах периодонтита результаты ЭОД:

1. 60 мкА
2. 100 мкА
3. 150 мкА
4. 200 мкА
5. 300 мкА

39. При лечении хронического фиброзного периодонтита корневой канал пломбируют:

1. до анатомического верхушечного отверстия

2. за верхушечное отверстие

Установите соответствие

40. Контроль качества предстерилизационной очистки стоматологического инструментария проводят:

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1) на наличие крови | а) азопирамовой пробой |
| 2) на определение остаточных количеств щелочных компонентов моющего средства. | б) фенолфталеиновой пробой, |
| | в) амидопириновой пробой. |

Выберите один правильный ответ

41. Для проведения успешного лечения острого или хронического периодонтита корневые каналы должны быть:

1. хорошо проходимыми
2. изогнутыми
3. облитерированными

42. При интактном пародонте десневая борозда содержит:

1. микробные ассоциации
2. экссудат
3. десневую жидкость
4. грануляционную ткань

43. Альвеолярная десна состоит из:

1. эпителия и надкостницы
2. эпителия и собственно слизистого слоя
3. эпителия, собственно слизистого и подслизистого слоя

44. Гингивит - это заболевание:

1. воспалительное
2. воспалительно-дистрофическое
3. дистрофическое
4. опухолевидное

45. Пародонтит – заболевание:

1. воспалительное
2. воспалительно-дистрофическое
3. дистрофическое
4. опухолевидное

46. Пародонтоз – заболевание:

1. воспалительное
2. воспалительно-дистрофическое
3. дистрофическое
4. опухолевидное

47. Пузырек относят к элементам поражения

1. первичным
2. вторичным

48. Гнойничок относят к элементам поражения:

1. первичным

2. вторичным

49. Пузырь относят к элементам поражения:

1. первичным
2. вторичным

50. Волдырь относят к элементам поражения:

1. первичным
2. вторичным

51. Ведущим при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей является:

1. инструментальная обработка корневых каналов,
2. применение физиотерапевтических методов,
3. использование сильнодействующих препаратов для дезинфекции корневых каналов

52. Укажите типичный рентгенологический признак изменения при хроническом фиброзном периодонтите постоянных зубов у детей:

1. деструкция костной ткани в области верхушки корня зуба,
2. деформация периодонтальной щели,
3. равномерное расширение периодонтальной щели, выраженных деструктивных изменений в кости нет

53. Препараты, используемые для апексификации:

1. кальцидент,
2. витремер,
3. дайрект

54. Какие материалы используют для одношаговой апексификации:

1. составы из триоксидов минералов,
2. формокрезол,
3. резорцин-формалиновая паста,
4. цинкоксидэвгеноловая паста

55. ЭОД при хроническом периодонтите в постоянных зубах у детей:

1. 1-6 мкА,
2. 20 -60мкА,
3. 200 мкА

56. Медикаментозное средство для антисептической обработки корневых каналов:

1. капрофер,
2. йодиол,
3. раствор Шиллера-Писарева,
4. 3% раствор перекиси водорода

57. При хроническом гранулематозном периодонтите постоянных зубов у детей очаг воспаления на рентгенограмме:

1. не определяется,
2. определяется в виде равномерного расширения периодонтальной щели,
3. определяется в виде очага деструкции костной ткани округлой формы с ровными четкими границами

58. Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста:

1. хронический фиброзный пульпит,
2. хронический гранулирующий периодонтит,
3. хронический гранулематозный периодонтит,

4. острый пульпит

59. При хроническом гранулирующем периодонтите сформированного 1-корневого зуба со свищем в 1-е посещение после эндодонтической обработки следует:

1. запломбировать корневой канал,
2. оставить зуб открытым,
3. наложить временную пломбу (повязку)

60. Какие материалы используют для одношаговой апексификации:

1. формокрезол,
2. составы из триоксидов минералов,
3. цинкоксидэвгеноловая паста

61. Ведущим диагностическим признаком хронического воспаления в периодонте временного зуба, позволяющее определить его характер, степень распространения и состояние окружающих тканей, является:

1. наличие свищевого хода на альвеолярном отростке челюсти,
2. отечность и пастозность слизистой оболочки альвеолярного отростка челюсти,
3. наличие грануляций в кариозной полости и полости зуба,
4. рентгенологические изменения

62. Какой метод лечения периодонтита временного моляра следует выбрать у 5-летнего ребенка, страдающего ревматизмом:

1. резекцию верхушки корня,
2. удаление зуба,
3. гемисекцию,
4. реплантацию,
5. консервативный метод лечения

63. Какой метод лечения хронического периодонтита временного резца следует выбрать у ребенка 3-х лет из 3-ей диспансерной группы:

1. консервативный,
2. комбинированный,
3. удаление зуба,
4. резекцию верхушки корня

64. Ампутация пульпы - это:

1. удаление коронковой и корневой пульпы,
2. удаление корневой пульпы,
3. удаление коронковой пульпы

65. Показанием к методу девитальной ампутации пульпы является:

1. хронический фиброзный пульпит,
2. хронический гангренозный пульпит,
3. острый диффузный пульпит

66. Показанием к методу девитальной ампутации является:

1. хронический гангренозный пульпит,
2. острый диффузный пульпит,
3. хронический гипертрофический пульпит

67. Каналы временных сформированных резцов предпочтительнее пломбировать:

1. резорцин-формалиновой пастой,

2. пастой из окиси цинка на минеральной основе,
3. фосфат-цементом,
4. штифтами,
5. вообще не пломбировать

68. При лечении временных моляров со сформированными корнями методом девитальной ампутации во 2-е посещение:

1. раскрывают полость зуба, удаляют коронковую пульпу и оставляют на 2 - 3 дня тампон резорцин-формалиновой смесью,
2. удаляют пульпу из коронки и корневых каналов зуба,
3. после ампутации пульпы накладывают резорцин-формалиновую пасту, прокладку и пломбу

69. Пульпит временных моляров лечат чаще методом:

1. девитальной экстирпации,
2. девитальной ампутации,
3. витальной ампутации,
4. витальной экстирпации,
5. биологическим

70. Метод девитальной экстирпации показан при лечении пульпита:

1. только в сформированных постоянных зубах,
2. в любых сформированных временных зубах,
3. в сформированных постоянных и временных зубах,
4. в однокорневых несформированных постоянных и сформированных временных зубах,
5. в сформированных постоянных и во всех временных зубах

71. У детей преобладает остеомиелит челюстей этиологии:

1. посттравматической,
2. одонтогенной
3. неодонтогенной

72. Специфическим называется лимфаденит, вызванный:

1. стафилококками,
2. микобактериями туберкулеза,
3. кишечной палочкой

73. С какого возраста наиболее целесообразно назначать лечебную гимнастику:

1. детям дошкольного возраста,
2. в 7 - 12 лет,
3. детям старше 12 лет,
4. взрослым

74. Что характерно для аппаратов механического действия:

1. наличие наклонной плоскости,
2. наличие накусочной площадки,
3. наличие резиновой тяги, ортодонтического винта, проволоки, лигатуры,
4. наличие губных пелотов

75. К моменту рождения в норме нижняя челюсть:

1. меньше верхней,
2. больше верхней,
3. равна верхней

76. Катализаторами при затвердевании гипса являются

1. Сульфат калия
2. Сульфат бария
3. Хлористый кальций
4. 5% раствор этилового спирта

77. Ингибиторами при затвердевании гипса являются

1. 2-3% раствор хлористого натрия
2. Цитрат калия
3. 5-6% раствор сахара
4. Алюмо-калиевые квасцы

78. Перечислите термопластические оттискные массы

1. Сизласт-69
2. Масса Керра
3. Спидекс
4. Стомальгин

79. Перечислите альгинатные оттискные массы

1. Спидекс
2. Ипин
3. Гипс
4. Масса Ванштейна

80. Перечислите силиконовые оттискные массы

1. Стомальгин
2. Ипин
3. Спидекс
4. Гипс
5. Масса Ванштейна

81. Стомальгин относится к оттискным материалам

1. Альгинатным
2. Силиконовым
3. Термопластическим

82. Температура плавления базисного воска

1. 32-33° С
2. 45-46° С
3. 54-56° С
4. 70-71° С

83. Нержавеющая сталь это

1. Хромоникелевый сплав
2. Хромокобальтовый сплав
3. Сплав железа с углеродом

84. Назовите базисные пластмассы

1. Фторакс
2. Акрилоксид

85. Температура обжига масс для металлокерамики

1. 332-333°С
2. 745-746°С

3. 929-980⁰C
4. 1080-1091⁰C

86. К микропротезам относятся

1. Вкладки
2. Штифтовые зубы
3. Штампованные коронки
4. Бюгельные протезы

87. Для получения оттиска с беззубой верхней челюсти используются ложки

1. В-1; В-2; В-3; В-4; В-5
2. В-6; В-7; В-8; В-9

88. Для получения оттиска с беззубой нижней челюсти используются ложки

1. Н-1; Н-2; Н-3; Н-4; Н-5
2. Н-6; Н-7; Н-8; Н-9

89. Перечислите статические методы определения жевательной эффективности

1. Метод Агапова
2. Метод Оксмана
3. Одонтопародонтограмма Курляндского
4. Все перечисленные методы

90. Суставной признак центральной окклюзии. Суставная головка находится

1. на скате суставного бугорка
2. у основания суставного бугорка
3. на вершине суставного бугорка

91. В положении центральной окклюзии мышцы, поднимающие нижнюю челюсть

1. равномерно напряжены
2. расслаблены
3. неравномерно напряжены

92. Двусторонний дистально не ограниченный дефект зубного ряда по классификации Кеннеди относится к классу

1. первому
2. второму
3. третьему
4. четвертому

93. В положении центральной окклюзии мышцы, поднимающие нижнюю челюсть, находятся в состоянии:

1. напряжения
2. относительного физиологического покоя
3. полного расслабления

94. Базисный воск выпускается в виде

1. прямоугольных пластинок
2. кубиков
3. круглых палочек
4. круглых полосок
5. пластинок округлой формы

95. Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели

1. фиксированные в окклюдатор
2. с восковыми базисами и окклюдзионными валиками
3. с восковыми базисами и окклюдзионными валиками, фиксированные в окклюдаторе

96. При нанесении ориентиров для постановки искусственных зубов линия, опущенная от крыла носа, соответствует

1. медиальной поверхности клыка
2. дистальной поверхности клыка
3. середине клыка
4. середине первого премоляра
5. постановке центральных и боковых резцов

97. Наиболее объективным методом определения высоты нижнего отдела лица является

1. анатомический
2. анатомо-физиологический
3. антропометрический

98. Оптимальное расположение кламмерной линии на верхней челюсти

1. диагональное
2. сагиттальное
3. поперечное

99. Наличие бугоркового контакта боковых искусственных зубов с антагонистами, а во фронтальном участке – разобщение на этапе проверки конструкции связано

1. с неправильным подбором искусственных зубов
2. со смещением нижней челюсти вперед при определении окклюзии
3. со смещением нижней челюсти в сторону при определении окклюзии

100. Съёмный пластиночный протез после приема пищи необходимо

1. промыть водой
2. протереть спиртом
3. обработать крепким раствором марганцовки

Вариант 3.

Выберите один правильный ответ:

1. При мандибулярной анестезии блокируют:

1. язычный и щёчный нервы
2. щёчный и нижний альвеолярный нервы
3. верхнее заднее зубное сплетение
4. язычный и нижний альвеолярный нервы

2. «Малая гусиная лапка» это концевые ветви нерва:

1. подбородочного
2. подглазничного
3. лицевого
4. язычного

3. Блокада двигательных ветвей n. Mandibularis называется анестезией по :

1. Вайсбрему
2. Берше
3. Дубову
4. Уварову

4. Третий верхний моляр чаще имеет:

1. один корень
2. несколько сросшихся в виде конуса корней
3. Три корня
4. два корня

5. Причиной острого одонтогенного периостита челюсти является:

1. обострение хронического гранулирующего или гранулематозного периодонтита «причинного» зуба
2. глубокий кариес
3. Острый пульпит
4. гингивит

6. Лечение острого одонтогенного периостита челюсти складывается из:

1. назначение антибиотиков
2. лечение причинного зуба
3. удаление причинного зуба
4. периостотомии
5. лечение или удаление причинного зуба + периостотомия

7. Осложнение перикронита зуба «мудрости» является:

1. тонзилит
2. неврит нижнего альвеолярного нерва
3. одонтогенная флегмона крыловидно – нижнечелюстного пространства
4. флегмона корня языка

8. В первое посещение при альвеолите показано:

1. инъекция обезболивающего препарата
2. введение антибиотика широкого спектра действия
3. физиолечение
4. кюретаж лунки зуба

9. К дну верхнечелюстного синуса ближе всего находятся:

1. 18, 28
2. 17, 27
3. 16, 26
4. 14, 24
5. 15, 25
6. 13, 23

10. Характерным симптомом острой перфорации дна верхнечелюстного синуса является:

1. повышение температуры тела
2. затруднённое дыхание через нос
3. Попадание жидкости изо рта через лунку зуба в нос
4. боли невралгического характера в обл. лунки зуба

11. «Слюнная колика» характеризуется для:

1. калькулёзного сиалоденита
2. ложного паротита Герценбега
3. Эпидемического паротита
4. хронического интерстициального сиалоденита

12. Картина виноградной грозди на рентгенографии с контрастным веществом характерна для:

1. сиалодохита
2. острого сиалоденита
3. Хронического паренхиматозного сиалоденита
4. болезни Микулича

13. Экстирпация околоушной слюнной железы без сохранения ветвей лицевого нерва показана при:

1. частого обострения сиалоденита околоушно – жевательной области
2. кисте околоушной слюнной железы
3. аденокарциноме околоушной слюнной железы
4. аденоме околоушной слюнной железы

14. При одонтогенной флегмоне дна полости рта причинный зуб подлежит:

1. удалению
2. лечению эндодонтическими методами
3. реплантации
4. резекции верхушки корня

15. При лечении невралгии тройничного нерва с преимущественно центральным генезом применяют:

1. антибиотики
2. сульфаниламиды
3. противосудорожные препараты
4. ферменты

16. Для истинной невралгии тройничного нерва характерным признаком является:

1. заложенность носа
2. пароксизмальные боли
3. постоянные боли
4. гипотония

17. Декомпрессионная терапия при остром одонтогенном остеомиелите включает в себя:

1. удаление «причинного» и рядом стоящих интактных зубов

2. удаление «причинного» зуба, периостотомию и компактостеотомию
3. Периостотомию и физиолечение
4. периостотомию + антибиотикотерапию

18. Особенностью вскрытия нёбного абсцесса является:

1. выполнение линейного разреза
2. выполнение двух параллельных разрезов
3. Разрез с иссечением фрагмента слизистой оболочки и надкостницы
4. дугообразный разрез

19. При обострении хронического гипертрофического одонтогенного гайморита тактика по отношению к «причинному» зубу должна заключаться в:

1. удалении
2. депульпировании
3. наблюдении
4. физиотерапии
5. гемисекции

20. К местным осложнениям во время операции удаления зуба относится:

1. острая перфорация дна верхнечелюстного синуса
2. хронический одонтогенный гайморит
3. альвеолит
4. неврит

21. Оптимальное количество колец уплотнителя на резиновой пробке карпулы:

1. одно
2. два
3. три
4. четыре

22. Аспирационная проба проводится при анестезии:

1. торусальной
2. нёбной
3. инфильтрационной
4. резцовой
5. интралигаментарной

23. При торусальной анестезии осуществляется блокада:

1. подглазничного нерва
2. язычного нерва
3. язычного и щёчного нервов
4. язычного, щёчного и нижнего альвеолярного нервов

24. Цель ПХО:

1. профилактика кровотечения
2. ликвидация дефекта ткани
3. профилактика раневой инфекции
4. борьба с травматическим шоком

25. Метод пластики встречными лоскутами предложен:

1. Рауэром
2. Михельсоном
3. Лимбергом
4. Пачесом

26. Дистальная окклюзия соответствует:

2. 1 классу Энгля,
3. 2 классу Энгля,
4. 3 классу Энгля,

27. Какие зубы являются опорными в аппарате Энгля:

1. моляры,
2. премоляры,
3. клыки,
4. резцы

28. Мезиальная окклюзия соответствует:

2. 1 классу Энгля,
3. 2 классу Энгля,
4. 3 классу Энгля

29. В каком участке зуба необходимо создать нагрузку для исправления диастемы с конвергенцией корней:

1. в области корней резцов,
2. в области коронок резцов,
3. на весь зуб,
4. на уровне 1/3 корня зуба

30. Для измерения длины тела верхней челюсти используют:

1. ортопантограмму,
2. ТРГ - прямая проекция,
3. ТРГ - боковая проекция

31. Метод девитальной экстирпации показан при лечении пульпита:

1. только в сформированных постоянных зубах,
2. в любых сформированных временных зубах,
3. в сформированных постоянных и временных зубах,
4. в однокорневых несформированных постоянных и сформированных временных зубах,
5. в сформированных постоянных и во всех временных зубах

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

1. острый общий пульпит,
2. хронический фиброзный пульпит,
3. хронический гангренозный пульпит,
4. хронический гипертрофический пульпит

33. Острый инфекционный периодонтит является исходом:

1. острого диффузного пульпита,
2. травмы зуба,
3. хронического фиброзного пульпита

34. Клиническими проявлениями острого токсического периодонтита являются:

1. боли при накусывании на зуб,
2. отек мягких тканей лица,
3. свищ с гнойным отделяемым на десне

35. Препарат, использующийся для апексификации:

1. кальцидент,

2. витремер,
3. дайрект

36. Перкуссией зуба оценивается состояние:

1. пульпы,
2. периодонта,
3. десны

37. Раскрытие полости зуба при эндодонтическом лечении проводится с целью:

1. улучшения фиксации пломбы,
2. улучшения доступа к каналу корня,
3. удаления коронковой пульпы

38. При хроническом фиброзном пульпите зондирование болезненно в области:

1. коронковой пульпы,
2. в глубине полости зуба,
3. в устьях каналов

39. . Ампутация пульпы - это:

1. удаление коронковой и корневой пульпы,
2. удаление корневой пульпы,
3. удаление коронковой пульпы

40. Выберите лекарственные средства при герпангине:

1. ферменты и антибиотики,
2. антисептики и противовирусные,
3. антибиотики, антисептики,
4. противовирусные, антибиотики
- 5.

Установите соответствие:

41. Форма зубного ряда имеет вид

- 1) на верхней челюсти а) параболы
- 2) на нижней челюсти б) полуэллипса

42. Параметры, определяемые при инструментальном обследовании зуба

- 1) зондирование а) болезненность
- 2) перкуссия б) консистенция тканей зуба
в) глубина поражения
г) сообщение кариозной полости с полостью зуба.

43. Кариозные полости классифицируются по признакам

- 1) по клиническому течению а) кариес в стадии пятна
- 2) по глубине поражения б) острый кариес
в) поверхностный кариес
г) хронический кариес
д) средний кариес
е) глубокий кариес

Выберите один правильный ответ:

44. С целью неспецифической десенсибилизации применяется:

1. интерферон лейкоцитарный,
2. культуральная инактивированная герпетическая вакцина,
3. кислота аскорбиновая,
4. гистаглобулин

45. Афты Беднара встречаются у:

1. детей первых месяцев жизни,
2. детей 2 - 3 лет,
3. старших школьников,
4. у подростков

46. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зуба:

1. гипоплазия эмали,
2. отломы коронок в результате травмы,
3. флюороз

47. Неотложная помощь ребенку с острым гнойным периоститом заключается в:

1. срочной госпитализации,
2. дезинтоксикационной терапии,
3. хирургической помощи

48. Потеря сознания характерна для:

1. обморока,
2. анафилактического шока,
3. асфиксии

49. Острый одонтогенный остеомиелит челюсти у детей больше похож на:

1. саркому Юинга,
2. ретикулярную саркому,
3. абсцесс,
4. остеогенную саркому

50. Показанием к секвестрэктоми у детей является:

1. наличия секвестральной капсулы,
2. погибшие зачатки зубов,
3. секвестр, расположенный вне зоны роста у детей 10 лет

51. Основными принципами препарирования являются:

1. безболезненность и профилактическое иссечение твердых тканей зуба до иммунных зон
2. профилактическое иссечение и принцип биологической целесообразности
3. принцип биологической целесообразности и безболезненность

52. Принцип биологической целесообразности заключается:

1. в профилактическом препарировании твердых тканей зуба до иммунных зон
2. в максимальном сохранении видимо здоровых тканей

53. Безболезненность достигается препарированием в режиме:

1. прерывистом, с охлаждением
2. непрерывном, с охлаждением
3. непрерывном, без охлаждения

54. Для витального окрашивания эмали зубов используют:

1. эритрозин
2. фуксин
3. метиленовый синий
4. йодистый калий
5. раствор Шиллера - Писарева

55. Реминерализующая терапия предполагает поступление в очаг деминерализации веществ:

1. минеральных
2. органических

56. При среднем кариесе перкуссия зуба:

1. болезненна
2. безболезненна

57. Системную гипоплазию дифференцируют с:

1. флюорозом
2. поверхностным кариесом
3. эрозией твердых тканей зуба
4. клиновидным дефектом

58. Профилактика очаговой гипоплазии зубов постоянного прикуса:

1. реминерализующая терапия
2. полноценное питание ребенка на первом году жизни
3. своевременное лечение временных зубов

59. Пульпоциты звездчатой формы в субдонтобластическом слое:

1. располагаются
2. не располагаются

60. Пучки волокон в пульпе ориентированы типами:

1. диффузным
2. пучковым
3. диффузным и пучковым

61. Количество коллагеновых фибрилл в пульпе с возрастом:

1. уменьшается
2. увеличивается

62. В пульпе зуба определяются клеточные слои:

1. периферический и центральный
2. центральный и подповерхностный
3. периферический, подповерхностный, центральный

63. При выборе метода лечения хронического периодонтита наличие общесоматических заболеваний во внимание:

1. принимают
2. не принимают

64. Одонтогенный очаг инфекции очагово-обусловленные заболевания:

1. вызывает
2. не вызывает

65. Температурная проба при хронических формах периодонтита:

1. резко болезненна
2. болезненна
3. безболезненна

66. Для химического расширения труднопроходимого канала корня зуба используют:

1. трихлоруксусную кислоту
2. трилон-В (10-20%)
3. ЭДТА 20% водный раствор

67. Пародонтоз различают:

1. локализованный
2. генерализованный
3. развившийся

68. Индекс пи определяет тяжесть:

1. гингивита
2. пародонтита
3. пародонтоза

69. Проба Кулаженко определяет состояние:

1. неспецифической резистентности
2. стойкость капилляров десны к вакууму
3. воспаление десны

70. Проба Ясиновского определяет состояние:

1. неспецифической резистентности
2. капилляров десны
3. воспаление десны

71. Проба Шиллера - Писарева определяет состояние:

1. неспецифической резистентности
2. капилляров десны
3. воспаление десны

72. Кисту относят к элементам поражения:

1. первичным:
2. вторичным

73. Эрозию относят к элементам поражения:

1. первичным
2. вторичным

74. Язву относят к элементам поражения:

1. первичным
2. вторичным

75. Пигментацию относят к элементам поражения:

1. первичным
2. вторичным

76. Катализаторами при затвердевании гипса являются:

1. Сульфат калия
2. Сульфат бария
3. Хлористый кальций
4. 5% раствор этилового спирта

77. Ингибиторами при затвердевании гипса являются:

1. 2-3% раствор хлористого натрия
2. Цитрат калия
3. 5-6% раствор сахара
4. Аллюмо-калиевые квасцы

78. Перечислите альгинатные оттисковые массы:

1. Спидекс
2. Ипин
3. Гипс
4. Масса Ванштейна

79. Ипин относится к оттисковым материалам:

1. Альгинатным
2. Силиконовым
3. Термопластическим

80. Масса Ванштейна относится к оттисковым материалам:

1. Альгинатным
2. Силиконовым
3. Термопластическим

81. Стомальгин относится к оттисковым материалам:

1. Альгинатным
2. Силиконовым
3. Термопластическим

82. Температура плавления базисного воска:

1. 32-33⁰С
2. 45-46⁰С
3. 54-56⁰С
4. 70-71⁰С

83. Температура обжига масс для металлокерамики:

1. 332-333⁰С
2. 745-746⁰С
3. 929-980⁰С
4. 1080-1091⁰С

84. Для получения оттиска с беззубой нижней челюсти используются ложки:

1. Н-1; Н-2; Н-3; Н-4; Н-5
2. Н-6; Н-7; Н-8; Н-9

85. Перечислите статические методы определения жевательной эффективности, учитывающие состояние тканей пародонта:

1. Метод Агапова
2. Метод Рубинова
3. Одонтопародонтограмма Курляндского
4. Все перечисленные методы

86. Перечислите методы ортодонтической подготовки полости рта к протезированию:

1. Удаление корней зубов
2. Удаление экзостозов
3. Перемещение зубов, стоящих вне зубного ряда
4. Поэтапное завышение прикуса
5. Все перечисленные методы

87. Перечислите методы терапевтической подготовки полости рта к протезированию:

1. Удаление корней зубов
2. Депульпирование зубов
3. Перемещение зубов, стоящих вне зубного ряда
4. Поэтапное завышение прикуса
5. Все перечисленные методы

88. К помещениям зуботехнической лаборатории относятся:

1. Гипсовочная
2. Полимеризационная
3. Формовочная
4. Все перечисленные

89. Односторонний дистально не ограниченный дефект зубного ряда по классификации Кеннеди относится к классу:

1. первому
2. второму
3. третьему
4. четвертому

90. Искусственные пластмассовые зубы соединяются с базисом пластиночного протеза:

1. механически
2. химически
3. при помощи клея

91. Съёмный пластиночный протез с удерживающими кламмерами передает жевательное давление:

1. на естественные зубы
2. на жевательные мышцы
3. на слизистую оболочку полости рта
4. на слизистую оболочку и естественные зубы

92. Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели:

1. фиксированные в окклюдатор
2. с восковыми базисами и окклюзионными валиками
3. с восковыми базисами и окклюзионными валиками, фиксированные в окклюдаторе

93. При нанесении ориентиров для постановки искусственных зубов линия, опущенная от крыла носа, соответствует:

1. медиальной поверхности клыка
2. дистальной поверхности клыка
3. середине клыка
4. середине первого премоляра
5. постановке центральных и боковых резцов

94. Оптимальное расположение кламмерной линии на нижней челюсти:

1. диагональное

2. сагиттальное
3. поперечное

95. Этап проверки конструкции пластиночного протеза начинают:

1. с определения высоты нижнего отдела лица
2. с введения протеза в полость рта
3. с введения в полость рта восковых базисов с зубами и кламмерами
4. с оценки качества изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе

96. На этапе проверки конструкции протеза отсутствие контакта между искусственными зубами и их антагонистами при наличии правильного смыкания естественных зубов связано с ошибкой при определении центральной окклюзии:

1. фиксация бокового сдвига
2. фиксация сагиттального сдвига
3. отхождение воскового базиса с окклюзионными валиками от слизистой
4. оболочки в момент смыкания челюстей

97. Наличие бугоркового контакта боковых искусственных зубов с антагонистами, а во фронтальном участке – разобщение на этапе проверки конструкции связано:

1. с неправильным подбором искусственных зубов
2. со смещением нижней челюсти вперед при определении окклюзии
3. со смещением нижней челюсти в сторону при определении окклюзии

98. Отсутствие контакта между естественными зубами-антагонистами при наличии плотного фиссурно-бугоркового контакта искусственных зубов на этапе проверки конструкции протеза связано:

1. с неправильным подбором искусственных зубов
2. с деформацией воскового базиса с окклюзионными валиками на этапе определения центральной окклюзии
3. с недостаточным продавливанием воска на окклюзионном валике при фиксации центральной окклюзии

99. При полимеризации пластмассы быстрый нагрев кюветы приводит к образованию в базисе протеза:

1. трещин
2. газовой пористости
3. гранулярной пористости

100. Быстрое охлаждение кюветы приводит к образованию в базисе протеза:

1. трещин
2. газовой пористости
3. гранулярной пористости

Вариант 4.

Выберите один правильный ответ

1. Щипцы, имеющие признак стороны, предназначены для удаления :

1. верхних резцов и клыков
2. нижних резцов и клыков
3. верхних премоляров
4. нижних премоляров
5. верхних моляров
6. нижних моляров

2. При атипичном удалении зубов применяют:

1. клювовидные щипцы по плоскости
2. специальные байонетные щипцы
3. элеватор Леклюза
4. долото и молоток

3. Показанием к вскрытию одонтогенного абсцесса или флегмоны является:

1. наличием воспалительного инфильтрата
2. «глубокая» кариозная полость в «причинном» зубе
3. подвижность зубов
4. кровоточивость дёсен

4. Определяя длину разреза при вскрытии одонтогенных абсцессов и флегмон, руководствуются:

1. состоянием «причинного» зуба
2. величиной воспалительного инфильтрата
3. локализацией очага воспаления
4. общим состоянием больного

5. Симптом «выросшего» зуба характерен для:

1. острого одонтогенного остеомиелита челюстей
2. острого периодонтита
3. острого пульпита
4. острого одонтогенного периостита челюстей

6. При одонтогенном гайморите воспалительный процесс распространяется на:

1. костные стенки гайморовой пазухи
2. надкостницу гайморовой пазухи
3. слизистую оболочку гайморовой пазухи
4. альвеолярный отросток ч.

7. Естественное сообщение верхнечелюстного синуса с полостью носа осуществляется через отверстие под:

1. верхней носовой раковиной
2. средней носовой раковиной
3. нижней носовой раковиной

8. Радикальная гайморотомия выполняется по:

1. Колдуэл -Люку
2. Хитрову
3. Безрукову
4. Лимбергу

9. Причиной альвеолита может быть:

1. неправильное лечение кариеса зубов
2. погрешность протезирования
3. травматичное удаление зубов
4. выведение пломбирочного материала за верхушку корня зуба

10. Онемение кожи в зоне иннервации подглазничного нерва при переломе скуловой кости свидетельствует о:

1. травматическом гайморите
2. смещении скуловой кости
3. переломе альвеолярного отростка верхней челюсти.
4. переломе костей челюсти

11. К консервативному методу лечения переломов костей челюстей относятся:

1. межзубное лигатурное связывание
2. двучелюстная проволочная шина с зацепными петлями и эластичной тягой
3. шов кости
4. металлические скобы

12. Транспортная иммобилизация при переломах челюстей применяется для:

1. профилактики ранних осложнений переломов челюстей
2. жёсткой фиксации отломков под контролем прикуса
3. профилактики травматического остеомиелита
4. профилактики невралгии тройничного нерва

13. Репозиция отломков при переломах челюстей это:

1. удаление мелких фрагментов кости из линии перелома
2. остановка костного кровотечения
3. постановка отломков в правильное положение под контролем прикуса

14. После репозиции отломков необходимо:

1. применить жесткую фиксацию
2. осуществить гемостаз
3. удалить зуб из линии перелома
4. удалить костные фрагменты из линии перелома

15. Среди факторов, влияющих на смещение отломков при переломах н.ч., важнейшую роль играют:

1. тяга жевательных мышц
2. собственная тяжесть отломков
3. сила удара
4. направление удара

16. Калькулёзный сиалоденит чаще всего поражает:

1. околоушную слюнную железу
2. поднижнечелюстную слюнную железу
3. подъязычную слюнную железу
4. малые слюнные железы слизистой оболочки полости рта

17. Первым симптомом одонтогенных кист челюстей обычно является:

1. приступообразная боль
2. вывих н.ч.
3. деформация н.ч.
4. симптом выросшего зуба

18. Остеобластокластому необходимо дифференцировать с:

1. амелобластомой
2. остеомой
3. одонтомой
4. ранулой

19. Радикальным методом лечения амелобластомы является:

1. телегамматерапия
2. резекция челюсти в пределах здоровых тканей
3. химиотерапию
4. эксскохлеазию опухоли

20. Периферической формой остеобластокластомы называют

1. одонтому
2. фиброзную остеодисплазию
3. фиброму
4. гигантоклеточный эпулис

Установите соответствие:

21. Различают виды зубных протезов

- | | |
|--------------|---------------------------|
| 1) несъемные | а) мостовидные |
| 2) съемные | б) бюгельные |
| | в) вкладки |
| | г) коронки |
| | д) частичные пластиночные |
| | е) полные пластиночные |

Установите последовательность:

22. Опорами несъемных мостовидных протезов служат

- а) коронки
- б) полукоронки
- в) штифтовые зубы
- г) кламмеры
- д) культевые штифтовые зубы
- е) вкладки

22. Для подтверждения диагноза злокачественной опухоли абсолютно необходимым является:

1. УЗИ
2. компьютерная томография
3. определение Т-лимфоцитов в крови
4. морфологическое заключение

Выберите один правильный ответ

23. Для пластики укороченной уздечки языка обычно используют:

1. метод поперечного рассечения уздечки до мышечного слоя
2. пластику лоскутом на «ножке»
3. свободный кожный лоскут
4. острый филатовский стебель

24. Типичным местом формирования традиционного филатовского стебля является:

1. предплечье
2. плечо
3. бедро
4. передняя поверхность живота
5. шея

25. Кожа следующих областей идентична коже лица:

1. живота и боковой поверхности грудной клетки
2. подлопаточной обл. спины
3. наружной поверхности плеча
4. за ушной раковиной, в обл. передней поверхности шеи, внутренней поверхности плеча и предплечья

26. Препарирование кариозных полостей включает:

1. обезболивание, некрэктомию, финирирование, расширение полости
2. расширение кариозной полости, некрэктомию, финирирование
3. раскрытие кариозной полости, некрэктомию, формирование полости, финирирование краев
4. финирирование краев полости, обезболивание, расширение кариозной полости

27. Заключительным этапом препарирования кариозной полости является:

1. финирирование
2. формирование

28. Согласно классификации Блэка, кариозные полости локализуются в пришеечной области:

1. I класс
2. II класс
3. III класс
4. IV класс
5. V класс

29. При глубоком кариесе перкуссия зуба:

1. болезненна
2. безболезненна

30. Протравливание эмали обеспечивает контакт эмали зуба с композиционным материалом по принципу:

1. микросцепления
2. химического взаимодействия
3. адгезии

31. Герметики используют для профилактики:

1. кариеса
2. флюороза
3. гипоплазии

32. Системность поражения зубов всегда характерна для:

1. гипоплазии
2. кариеса

33. Реминерализирующая терапия эффективность пломбирования эрозий твердых тканей:

1. повышает
2. не повышает

34. Травма и инфекция воспаление в пульпе:

1. вызывают

2. не вызывают

35. Инфекционное воспаление в пульпе чаще всего вызывается:

1. актиномицетами
2. диплококками
3. лактобациллами
4. гемолитическими и негемолитическими стрептококками
5. стафилококками

36. Причиной химической травмы пульпы чаще всего бывают:

1. травматичное препарирование
2. интенсивное стирание режущего края или жевательной поверхности
3. небрежное или нерациональное использование сильнодействующих антисептиков или пломбировочных материалов

37. Время развития острого диффузного пульпита не превышает:

1. 2 суток
2. 20 суток
3. 30 суток
4. 14 суток

38. Наличие рубца на слизистой оболочке в проекции верхушки корня указывает на обострение хронического периодонтита в:

1. прошлом
2. настоящем

39. Распад пульпы из корневого канала удаляется:

1. одновременно
2. дробно

40. Лечение хронического периодонтита в одно посещение возможно при:

1. хроническом фиброзном периодонтите
2. остром периодонтите
3. хроническом гранулирующем периодонтите, наличии свищевого хода
4. хроническом гранулематозном периодонтите

41. При выборе метода лечения хронического периодонтита наличие общесоматических заболеваний во внимание:

1. принимают
2. не принимают

42. Полярграфия применяется для определения:

1. состояния капилляров
2. микроциркуляции
3. парциального давления кислорода
4. парциального давления углекислого газа

43. Реопародонтография применяется для определения:

1. микроциркуляции
2. парциального давления кислорода
3. парциального давления углекислого газа

44. Капилляроскопия применяется для определения:

1. состояния капилляров
2. микроциркуляции

3. парциального давления кислорода
4. парциального давления углекислого газа

45. Ранним клиническим признаком воспаления в десне является:

1. деформация десневых сосочков
2. карман до 3 мм
3. кровоточивость при зондировании десневой борозды

46. Индекс ПИ определяет тяжесть:

1. гингивита
2. пародонтита
3. пародонтоза

47. Трещину относят к элементам поражения:

1. первичным
2. вторичным

48. Корку относят к элементам поражения:

1. первичным
2. вторичным

49. Чешуйку относят к элементам поражения:

1. первичным
2. вторичным

50. Петехии, пурпура, экхимозы, розеолы - это пятна:

1. воспалительные
2. геморрагические
3. пигментные

51. Распространенность кариеса зубов выражается в:

1. абсолютных единицах,
2. процентах,
3. относительных единицах

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

1. 1 месяц,
2. 3 месяца,
3. 5 месяцев,
4. 12 месяцев

53. Кутикула представляет собой:

1. производное гликопротеидов слюны,
2. редуцированные клетки эпителия эмалевого органа,
3. скопление микроорганизмов и углеводов,
4. совокупность микроорганизмов, содержащих хлорофилл

54. Наиболее резистентны к кариесу участки эмали в области:

1. шейки,
2. контактных поверхностей,
3. бугров,
4. фиссур

55. При начальных формах кариеса временных зубов применяют:

1. йодиол,
2. масло шиповника,
3. нитрат серебра 20 - 30%,
4. нитрат серебра 0,5%,
5. протеолитические ферменты

56. Каналы временных сформированных резцов предпочтительнее пломбировать:

1. резорцин-формалиновой пастой,
2. пастой из окиси цинка на масляной основе,
3. фосфат-цементом,
4. штифтами,
5. не пломбировать вообще

57. Массовым и обязательным исследованием при диспансеризации детей пубертатного возраста у стоматолога является:

1. определение толерантности к глюкозе, рентгенологическое исследование,
2. проба Шиллера-Писарева,
3. любой из названных методов

58. Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста:

1. острый периодонтит,
2. хронический гранулирующий периодонтит,
3. хронический гранулематозный периодонтит,
4. хронический фиброзный периодонтит,
5. хронический периодонтит в стадии обострения

59. КПУ+ кп - это индекс:

1. интенсивности кариеса временных зубов,
2. интенсивности кариеса постоянных зубов,
3. интенсивности кариеса временных и постоянных зубов,
4. гигиенический

60. Противокариозное действие зубных паст обусловлено включением в их состав:

1. фторида натрия,
2. пирофосфатов,
3. бикарбоната натрия,
4. нитрата калия,
5. диоксида кремния

61. Среди стрептококков наибольшее значение в возникновении кариеса:

1. Str. mutans,
2. Str. mitis,
3. Str. sanguis,
4. Str. salivarius

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

1. пелликулы,
2. зубного налета,
3. зубного камня,
4. пищевых остатков

63. Индивидуальная гигиена полости рта осуществляется:

1. самим пациентом,

2. врачом-стоматологом,
3. пациентом под контролем врача-стоматолога

64. Факторы, способствующие развитию локального хронического гингивита:

1. заболевания желудочно-кишечного тракта,
2. скученность зубов,
3. заболевания крови

65. ОРВИ является противопоказанием к удалению временного зуба:

1. абсолютным,
2. относительным,
3. не является противопоказанием

66. К осложнениям во время операции удаления молочного зуба относится:

1. травма зачатка зуба,
2. альвеолит,
3. свищ верхнечелюстного синуса

67. К общим осложнениям, возникшим во время операции удаления зуба, относится:

1. перелом корня зуба,
2. обморок,
3. луночное кровотечение,
4. альвеолит

68. Затрудненное глотание появляется при флегмоне:

1. височной области,
2. скуловой области,
3. орбиты,
4. окологлоточного пространства

69. Типичным признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является:

1. диплопия,
2. боль и воспалительная контрактура,
3. асиалия,
4. симптом Венсана

70. Сроки клинической консолидации костных отломков у детей 7-14 лет:

1. 14-21 день,
2. 7-10 дней,
3. 28-30 дней

71. Какой метод исследования позволяет подтвердить диагноз адентии:

1. анализ ДНК,
2. ортопантомография,
3. телерентгенография,
4. анализ моделей челюстей

72. Как называется смещение зуба кнутри от его нормального положения:

1. мезиопозиция,
2. дистопозиция,
3. супрапозиция,
4. инфрапозиция,
5. экспозиция,
6. эндопозиция

73. Какой метод биометрического исследования моделей челюстей используется для оценки длины зубной дуги:

1. Pont,
2. Korkhaus,
3. Howes-Снагиной,
4. Хорошилкиной

74. В каких участках происходит рост челюстей в период подготовки к смене зубов (5-7 лет):

1. в области клыков,
2. в ретромолярной области,
3. во фронтальном отделе и ретромолярной области

75. Для макродентии характерно:

1. наличие диастем и трем,
2. скученность зубов,
3. эндопозиция,
4. транспозиция

76. Перечислите термопластические оттискные массы

1. Сизэласт-69
2. Масса Керра
3. Спидекс
4. Стомальгин

77. Перечислите термопластические оттискные массы

1. Стомальгин
2. Сизэласт-69
3. Спидекс
4. Гипс
5. Масса Ванштейна

78. Сизэласт -69 относится к оттискным материалам

1. Альгинатным
2. Силиконовым
3. Термопластическим

79. Ипин относится к оттискным материалам

1. Альгинатным
2. Силиконовым
3. Термопластическим

80. Температура плавления базисного воска

1. 32-33⁰С
2. 45-46⁰С
3. 54-56⁰С
4. 70-71⁰С

81. Нержавеющая сталь это

1. Хромоникелевый сплав
2. Хромокобальтовый сплав
3. Сплав железа с углеродом

82. «Виталлиум» это

1. Хромоникелевый сплав
2. Хромокобальтовый сплав

83. К микропротезам относятся

1. Вкладки
2. Штифтовые зубы
3. Штампованные коронки
4. Бюгельные протезы

84. Перечислите динамические методы определения жевательной эффективности

1. Метод Агапова
2. Метод Оксмана
3. Одонтопародонтограмма Курляндского
4. Метод Рубинова
5. Все перечисленные методы

85. Перечислите статические методы определения жевательной эффективности, не учитывающие состояние тканей пародонта

1. Метод Агапова
2. Метод Рубинова
3. Одонтопародонтограмма Курляндского
4. Все перечисленные методы

86. Перечислите методы хирургической подготовки полости рта к протезированию

1. Удаление корней зубов и экзостозов
2. Лечение кариеса
3. Перемещение зубов, стоящих вне зубного ряда
4. Все перечисленные методы

87. К помещениям зуботехнической лаборатории относятся

1. Гипсовочная
2. Полимеризационная
3. Формовочная
4. Все перечисленные

88. Суставной признак центральной окклюзии. Суставная головка находится

1. на скате суставного бугорка
2. у основания суставного бугорка
3. на вершине суставного бугорка

89. В положении центральной окклюзии мышцы, поднимающие нижнюю челюсть

1. равномерно напряжены
2. расслаблены
3. неравномерно напряжены

90. Двусторонний дистально не ограниченный дефект зубного ряда по классификации Кеннеди относится к классу

1. первому
2. второму
3. Третьему
4. четвертому

91. Односторонний дистально не ограниченный дефект зубного ряда по классификации Кеннеди относится к классу

1. первому
2. второму
3. третьему
4. четвертому

92. Анатомический слепок снимают с челюсти

1. стандартной ложкой
2. индивидуальной ложкой с применением функциональных проб
3. индивидуальной ложкой без применения функциональных проб

93. В положении центральной окклюзии мышцы, поднимающие нижнюю челюсть, находятся в состоянии

1. напряжения
2. относительного физиологического покоя
3. полного расслабления

94. Восковую конструкцию для определения центральной окклюзии изготавливают

1. из липкого воска
2. из моделировочного воска
3. из базисного воска
4. из бюгельного воска

95. Оптимальное расположение кламмерной линии на верхней челюсти

1. диагональное
2. сагиттальное
3. поперечное

96. Плечо, удерживающего кламмера должно

1. иметь точечный контакт с вестибулярной поверхностью зуба
2. прилегать к вестибулярной поверхности зуба на всем протяжении

97. При расположении протеза на челюсти (в покое) плечо кламмера должно оказывать давление на опорный зуб

1. быть пассивным
2. отстоять от поверхности зуба

98. Этап проверки конструкции пластиночного протеза начинают

1. с определения высоты нижнего отдела лица
2. с введения протеза в полость рта
3. с введения в полость рта восковых базисов с зубами и кламмерами
4. с оценки качества изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе

99. Переход акриловой пластмассы из пластичного состояния в твердое происходит за счет

1. кристаллизации
2. полимеризации
3. вулканизации

100. При полимеризации пластмассы быстрый нагрев кюветы приводит к образованию в базисе протеза

1. трещин
2. газовой пористости
3. гранулярной пористости

Вариант 5.

Выберите один правильный ответ:

1. Перечислите альгинатные оттисковые массы:

1. Спидекс
2. Ипин
3. Гипс
4. Масса Ванштейна

2. Перечислите термопластические оттисковые массы:

1. Стомальгин
2. Сизласт-69
3. Спидекс
4. Гипс
5. Масса Ванштейна

3. Сизласт -69 относится к оттисковым материалам:

1. Альгинатным
2. Силиконовым
3. Термопластическим

4. Нержавеющая сталь это:

1. Хромоникелевый сплав
2. Хромокобальтовый сплав
3. Сплав железа с углеродом

5. «Виталлиум» это:

1. Хромоникелевый сплав
2. Хромокобальтовый сплав

6. К микропротезам относятся:

1. Вкладки
2. Штифтовые зубы
3. Штампованные коронки
4. Бюгельные протезы

7. Для получения оттиска с беззубой верхней челюсти используются ложки:

1. В-1; В-2; В-3; В-4; В-5
2. В-6; В-7; В-8; В-9

8. Перечислите статические методы определения жевательной эффективности, учитывающие состояние тканей пародонта:

1. Метод Агапова
2. Метод Рубинова
3. Одонтопародонтограмма Курляндского
4. Все перечисленные методы

9. Перечислите статические методы определения жевательной эффективности, не учитывающие состояние тканей пародонта:

1. Метод Агапова
2. Метод Рубинова
3. Одонтопародонтограмма Курляндского
4. Все перечисленные методы

10. Норма площади помещения на одно ортопедическое кресло:

1. 14 кв.м
2. 21 кв.м
3. 23 кв.м

11. Суставной признак центральной окклюзии. Суставная головка находится:

1. на скате суставного бугорка
2. у основания суставного бугорка
3. на вершине суставного бугорка

12. Односторонний дистально не ограниченный дефект зубного ряда по классификации Кеннеди относится к классу:

1. первому
2. второму
3. третьему
4. четвертому

13. Дефект зубного ряда в области фронтальных зубов по классификации Кеннеди относится к классу:

1. первому
2. второму
3. третьему
4. четвертому

14. По способу передачи жевательного давления съемные пластиночные протезы относятся:

1. к физиологическим
2. к полуфизиологическим
3. к нефизиологическим

15. Съемный пластиночный протез с удерживающими кламмерами передает жевательное давление:

1. на естественные зубы
2. на жевательные мышцы
3. на слизистую оболочку полости рта
4. на слизистую оболочку и естественные зубы

16. В положении центральной окклюзии мышцы, поднимающие нижнюю челюсть, находятся в состоянии:

1. напряжения
2. относительного физиологического покоя
3. полного расслабления

17. Базисный воск выпускается в виде:

1. прямоугольных пластинок
2. кубиков
3. круглых палочек
4. круглых полосок
5. пластинок округлой формы

18. Для предотвращения деформации воскового базиса его укрепляют:

1. быстротвердеющей пластмассой
2. гипсовым блоком
3. металлической проволокой
4. увеличением толщины воска

19. Восковую конструкцию для определения центральной окклюзии изготавливают:

1. из липкого воска
2. из моделировочного воска
3. из базисного воска
4. из бугельного воска

20. При нанесении ориентиров для постановки искусственных зубов линия, опущенная от крыла носа, соответствует

1. медиальной поверхности клыка
2. дистальной поверхности клыка
3. середине клыка
4. середине первого премоляра
5. постановке центральных и боковых резцов

21. Оптимальное расположение кламмерной линии на нижней челюсти:

1. диагональное
2. сагиттальное
3. поперечное

22. Плечо удерживающего кламмера должно:

1. иметь точечный контакт с вестибулярной поверхностью зуба
2. прилегать к вестибулярной поверхности зуба на всем протяжении

23. При расположении протеза на челюсти (в покое) плечо кламмера должно:

1. оказывать давление на опорный зуб
2. быть пассивным
3. отстоять от поверхности зуба

24. На этапе проверки конструкции протеза отсутствие контакта между искусственными зубами и их антагонистами при наличии правильного смыкания естественных зубов связано с ошибкой при определении центральной окклюзии:

1. фиксация бокового сдвига
2. фиксация сагиттального сдвига
3. отхождение воскового базиса с окклюзионными валиками от слизистой оболочки
4. в момент смыкания челюстей

25. Наличие бугоркового контакта боковых искусственных зубов с антагонистами, а во фронтальном участке – разобщение на этапе проверки конструкции связано:

1. с неправильным подбором искусственных зубов
2. со смещением нижней челюсти вперед при определении окклюзии
3. со смещением нижней челюсти в сторону при определении окклюзии

26. Гассеров узел относится к:

1. щёчному нерву
2. язычному нерву
3. тройничному нерву
4. лицевому нерву

27. Верхнее заднее зубное сплетение образуется от веточек отходящих от n.maxillaris в:

1. крылонёбной ямке
2. подвисочной ямке
3. клыковой ямке

4. в орбите

28. Оптимальным вариантом местного обезболивания перед удалением 36, 46 зубов является:

1. мандибулярная анестезия
2. анестезия по Берше
3. анестезия по Уварову
4. торусальная анестезия

29. При удалении каких зубов на нижней челюсти, первое движение выполняется в язычную сторону:

1. центральных резцов
2. боковых резцов
3. первых премоляров
4. вторых премоляров
5. первых моляров
6. вторых моляров
7. третьих моляров

30. По какому признаку различаются между собой универсальные баянетные щипцы:

1. по признаку стороны
2. по длине щёчек
3. по форме ручек
4. по ширине щёчек

31. Дистопия зуба - это:

1. неправильное положение в альвеолярном отростке или теле челюсти
2. нарушение формы коронки
3. нарушение формы корня
4. нарушение сроков прорезывания

32. Ретенция зуба это:

1. задержка прорезывания
2. аномальное положение в зубной дуге
3. расположение зуба в области угла н.ч.
4. отсутствие зачатка постоянного зуба

33. Общей причиной луночного кровотечения является:

1. гнойное расплавление кровяного сгустка
2. травматичное удаление зуба
3. гемофилия
4. альвеолит

34. Местным осложнением во время операции удаления зуба является:

1. обморок
2. асфиксия
3. отлом верхушки корня зуба
4. гипертонический криз

35. При острой перфорации дна верхнечелюстного синуса и проталкивания корня в гайморову пазуху необходимо:

1. сделать пункцию гайморовой пазухи
2. ввести антибиотики в гайморову пазуху
3. промыть гайморову пазуху антисептиком
4. извлечь корень зуба из гайморовой пазухи и ушить лунку зуба лоскутом с вестибулярной

поверхности альвеолярного отростка

36. Гиперемия и отёк слизистой оболочки по обе или сторонам альвеолярного отростка челюсти наблюдается при:

1. остром пульпите
2. остром периодонтите
3. обострении хронического периодонтита
4. остром одонтогенном остеомиелите челюсти
5. остром одонтогенном периостите челюсти

37. При вскрытии одонтогенной флегмоны поднижнечелюстной области разрез выполняется:

1. строго в проекции нижнечелюстного края н.ч.
2. на 0,5 см выше нижнечелюстного края н.ч.
3. на 1,5 -2 см ниже нижнечелюстного края н.ч.
4. на 3 см ниже нижнечелюстного края н.ч.

38. Причиной аденофлегмоны подбородочной обл. может быть:

1. острый гнойный лимфаденит
2. врождённый срединный свищ шеи
3. дермоидная киста
4. кавернозная гемангиома нижней губы

39. Врождённый срединный свищ шеи возникает вследствие незаращения:

1. стенонова протока
2. вартонова протока
3. I-ой жаберной щели
4. щито-язычного протока

40. Цистэктомия и радикальная гайморотомия с пластикой лунки местными тканями выполняется при:

1. остром одонтогенном синусите
2. частых обострениях хронического одонтогенного синусита
3. радикулярной кисте, оттесняющей дно гайморовой пазухи
4. радикулярной кисте проросшей в гайморову пазуху

41. Типичным содержимым радикулярных кист является:

1. мутная беловатого цвета жидкость
2. кровь
3. бурая жидкость
4. гной
5. светло – жёлтая прозрачная опалисцирующая жидкость

42. Ранним осложнением рвано-ушибленной раны является:

1. кровотечение
2. асфиксия
3. флегмона околоушно-жевательного пространства
4. двусторонний передний вывих н.ч.

43. Болезнь Микулича называют:

1. лимфоматозом
2. гипергидрозом
3. асиалией
4. гиперкератозом

44. Поздним осложнением операции на околоушной слюнной железе является:

1. слюнной свищ
2. деформирующий артроз ВНЧС
3. острый отит
4. калькулёзный сиалоденит

Установите соответствие

45. Иннервация челюстей осуществляется ветвями тройничного нерва

- | | |
|------------|------------------|
| 1) верхняя | а) первой парой |
| 2) нижняя | б) второй парой |
| | в) третьей парой |

46. Мышцы, участвующие в движении нижней челюсти

- | | |
|----------------|----------------------------|
| 1) поднимающие | а) жевательные |
| 2) опускающие | б) подъязычные |
| | в) височные |
| | г) крыловидные латеральные |
| | д) крыловидные медиальные |

Выберите один правильный ответ

47. Преимуществом аутопластики является:

1. малая травматичность
2. отсутствие реакции отторжения
3. достаточное количество пластического материала
4. эстетические достоинства

48. Черепно – лицевым разъединением называют:

1. перелом костей носа
2. перелом альвеолярного отростка ч.
3. верхний тип перелома ч.
4. перелом средней зоны лица
5. нижний тип перелома ч.

49. При подозрении на сифилитическое поражение языка врач-стоматолог должен:

1. сделать биопсию
2. организовать диспансерное наблюдение в стоматологической поликлинике
3. направить больного на обследование в кожно-венерологический диспансер
4. направить больного в отделение ЧЛХ

50. Отсутствие выделения слюны обозначают термином:

1. гипосаливация
2. гипергидроз
3. асиалия
4. гиперсаливация
5. апноэ

51. Согласно классификации Блэка, кариозные полости, локализующиеся на контактной поверхности моляров и премоляров, относятся к классу:

1. I класс
2. II класс
3. III класс
4. IV класс
5. V класс

52. Согласно классификации Блэка, кариозные полости, локализующиеся на контактной поверхности резцов и клыков, относятся к классу:

1. I класс
2. II класс
3. III класс
4. IV класс
5. V класс

53. Согласно классификации Блэка, кариозные полости, локализующиеся на контактной поверхности резцов и клыков с нарушением режущего края, относятся к классу:

1. I класс
2. II класс
3. III класс
4. IV класс
5. V класс

54. По классификации Блэка различают:

1. классы кариозных полостей
2. острый и хронический кариес
3. начальный кариес, кариес эмали, дентина и цемента, стабилизировавшийся кариес
4. кариес в стадии пятна, поверхностный, средний и глубокий кариес
5. 6 классов кариозных полостей

55. По международной классификации 10 пересмотра различают:

1. 5 классов кариозных полостей
2. острый и хронический кариес
3. кариес эмали, дентина, цемента, приостановившийся кариес
4. 6 классов кариозных полостей.

56. В классификации кариеса по ММСИ различают:

1. 5 классов полостей
2. острый и хронический
3. начальный кариес, кариес дентина и цемента, стабилизировавшийся кариес
4. кариес в стадии пятна, поверхностный, средний и глубокий
5. 6 классов полостей

57. Гиперестезия твердых тканей зубов наблюдается при:

1. эрозии эмали
2. флюорозе
3. гипоплазии

58. Профилактика клиновидного дефекта включает в себя:

1. ограничение в пищевом рационе плодов цитрусовых
2. полоскание полости рта щелочными растворами
3. применение фторсодержащих зубных паст
4. применение фторсодержащих таблеток
5. ограничение в пищевом рационе продуктов, богатых углеводами

59. Время развития острого диффузного пульпита не превышает:

1. 2 суток
2. 20 суток
3. 30 суток

60. Время развития острого очагового пульпита не превышает:

1. 10 суток
2. 12 суток
3. 2 суток

61. Зондирование кариозной полости при остром диффузном пульпите резко болезненно:

4. в одной точке
5. по дну кариозной полости
6. по дентиноэмалевому соединению

62. Температурная проба при хронических формах пульпита:

1. резко болезненна
2. болезненна
3. безболезненна

63. Медикаментозная обработка корневого канала растворами протеолитических ферментов проводится с целью:

3. воздействовать на очаг воспаления в периапикальной области
4. воздействовать на патогенную флору в микроканалах
5. растворить распад пульпы

64. Периодонт представляет собой образование происхождения:

1. эпителиального
2. соединительнотканного

65. Наличие кариозной полости может быть причиной периодонтита:

1. травматического
2. инфекционного
3. медикаментозного

66. При хронических формах периодонтита результаты эод:

1. 100 мкА
2. 150 мкА
3. 200 мкА
4. 300 мкА

67. Проба Кулаженко определяет состояние:

1. неспецифической резистентности
2. стойкость капилляров десны к вакууму
3. воспаление десны

68. Проба Ясиновского определяет состояние:

1. неспецифической резистентности
2. капилляров десны
3. воспаление десны

69. Проба Шиллера - Писарева определяет состояние:

1. неспецифической резистентности
2. капилляров десны
3. воспаление десны

70. Полярграфия применяется для определения:

1. состояния капилляров

2. микроциркуляции
3. парциального давления кислорода
4. парциального давления углекислого газа

71. Реопародонтография применяется для определения:

1. микроциркуляции
2. парциального давления кислорода
3. парциального давления углекислого газа

72. Ограниченное изменение цвета слизистой оболочки – это:

1. корка
2. афта
3. рубец
4. пятно

73. Акантолитические клетки находят в цитологическом препарате при вульгарной

1. многоформной экссудативной эритеме
2. милиарно-язвенном туберкулезе
3. красном плоском лишае
4. остром герпесе
5. хроническом рецидивирующем афтозном стоматите
6. раке

74. По клиническому течению лейкоплакия – заболевание:

1. острое
2. хроническое

75. Лейкоплакия Тапейнера возникает при:

1. аллергическом стоматите;
2. курении
3. интоксикации солями тяжелых металлов

76. Минерализация временных зубов начинается:

1. в 1 -ой половине внутриутробного развития
2. в 2-ой половине внутриутробного развития
3. в 1 -ом полугодии после рождения
4. во 2-ом полугодии после рождения

77. При определении индекса РНР оценивают зубной налет по:

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

78. С помощью индекса РМА определяют:

1. кровоточивость десны
2. зубной камень
3. степень воспаления десны
4. зубной налет

79. Герметизацию фиссур показано проводить после прорезывания зуба:

1. сразу
2. через 2 -3 года

3. через 4-6 лет
4. в течение всей жизни

80. Пломбировочный материал, применяемый для лечения глубокого кариеса в постоянных зубах с несформированными корнями у детей:

1. керметные цементы
2. стеклоиономерные цементы
3. компомеры
4. ормомеры

81. Для уменьшения кровоточивости десен детям рекомендуют зубную пасту, содержащую:

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

82. В зубной камень минерализуется:

1. зубной налет
2. зубная бляшка
3. пелликула
4. кутикула

83. Оптимальная концентрация фторида в питьевой воде в районах с умеренным климатом составляет (мг/л):

1. 0,2
2. 0,5
3. 1,0
4. 1,5

84. Катаральный гингивит легкой степени включает воспаление десны:

1. папиллярной,
2. папиллярной и маргинальной
3. маргинальной и альвеолярной
4. папиллярной, маргинальной и альвеолярной

85. Диагноз глубокий кариес во временных зубах:

1. ставится редко
2. не встречается
3. ставится часто

86. Второй период активного роста челюстей происходит:

1. от рождения до 1,5 лет
2. в 5,5 - 7 лет
3. в 12 - 13 лет
4. в 14 - 15 лет

87. Как называется увеличение размеров челюстей:

1. макрогнатия
2. микрогнатия
3. прогнатия
4. ретрогнатия

88. Какие деформации зубных дуг характерны для привычки сосания пальцев:

1. перекрестный прикус
2. латерогнатия
3. открытый прикус

89. Какие виды зубных протезов можно использовать у детей:

1. бюгельные
2. виниры
3. тонкостенные
4. металлические коронки

90. Укажите способ глотания, характерный для первого полугодия жизни ребенка:

1. инфантильный
2. соматический
3. смешанный

91. В конструкции каких аппаратов заложен источник силы:

1. механически действующих
2. функционально-направляющих
3. функционально-действующих

92. Хронический пульпит у детей развивается:

1. острых форм пульпита
2. как первично-хронический процесс
3. возможно то и другое

93. Каналы временных сформированных резцов предпочтительнее пломбировать:

1. резорцин-формалиновой пастой
2. пастой из окиси цинка на масляной основе
3. фосфат-цементом
4. штифтами
5. не пломбировать вообще

94. Резорцин-формалиновая паста состоит из:

1. 40% формалина, резорцина до насыщения
2. 20% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина
3. 40% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка
4. 20% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка
5. 40% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина
6. 20% формалина, резорцина до насыщения

95. Форма пульпита, наиболее часто выявляемая при плановой санации полости рта у детей:

1. острый частичный пульпит
2. острый общий пульпит
3. хронический фиброзный пульпит
4. хронический гангренозный пульпит
5. хронический пульпит в стадии обострения

96. При начальных формах кариеса временных зубов применяют:

1. йодиол
2. масло шиповника
3. нитрат серебра 20 - 30%
4. нитрат серебра 0,5%
5. протеолитические ферменты

97. Одонтогенный остеомиелит у детей наблюдается чаще в области:

1. нижней челюсти
2. верхней челюсти
3. одинаково часто в области обеих челюстей

98. Неотложная помощь ребенку с аденофлегмоной заключается в:

1. иммунотерапии
2. антибактериальной терапии
3. хирургической помощи

99. Специфическим называется лимфаденит, вызванный:

1. стафилококками
2. микобактериями туберкулеза
3. кишечной палочкой в сочетании со стафилококком

100. Основным методом обезболивания при удалении временных зубов на верхней челюсти является анестезия:

1. туберальная
2. инфраорбитальная
3. внутрикостная
4. инфильтрационная

Вариант 6.

Выберите один правильный ответ:

1. **Наиболее частой причиной острых лимфаденитов челюстно – лицевой области у детей 2 – 3 лет является инфекция:**
 1. одонтогенная
 2. неодонтогенная
 3. оба варианта встречаются одинаково часто

2. **Неотложная помощь ребенку с острым гнойным периоститом заключается в:**
 1. срочной госпитализации
 2. дезинтоксикационной терапии
 3. хирургическом вмешательстве
 4. иммунотерапии

3. **Кюретаж лунки после удаления временного зуба:**
 1. не проводится
 2. проводится

4. **При заболевании крови операцию удаления зуба по поводу хронического верхушечного периодонтита у ребенка проводят:**
 1. в поликлинике
 2. в стационаре
 3. дома

5. **К осложнениям во время операции удаления временного зуба относятся:**
 1. травма зачатка зуба
 2. альвеолит
 3. неврит

6. **К общим осложнениям во время операции удаления временного зуба относятся:**
 1. обморок
 2. луночное кровотечение
 3. вывих соседнего зуба
 4. альвеолит

7. **Воспалительная контрактура появляется при флегмоне:**
 1. орбиты
 2. крыловидно – челюстное пространство
 3. скуловой области
 4. подбородочной области

8. **Основное функциональное нарушение при флегмоне дна полости рта:**
 1. птоз
 2. гипосаливация
 3. асаливация
 4. затруднённое глотание

9. **Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка являются:**
 1. Затруднённое дыхание
 2. нарушение зрения
 3. отёк и гиперемия кожи околоушно – жевательной области

10. **Причиной аденофлегмоны у детей может быть:**

1. абсцедирующий фурункул
2. обострение хронического перитонита
3. распространение воспалительного процесса за пределы лимфатического узла.

11. Уровень проницаемости эмали зубов с возрастом:

1. увеличивается
2. снижается
3. не изменяется

12. Для уменьшения воспалительных явлений в тканях пародонта пациентам рекомендуют использовать зубные пасты:

1. фторидсодержащие
2. с растительными добавками
3. кальцийсодержащие
4. гигиенические
5. десенситивные

13. Индекс CRITN определяется с помощью зонда:

1. стоматологического
2. пуговчатого
3. штыковидного
4. не требует применения инструмента

14. Основным методом профилактики гингивита является:

1. рациональная гигиена полости рта
2. сбалансированное питание
3. полоскание полости рта растворами фторидов
4. санация полости рта

15. Рациональная тактика при хроническом периодонтите временных зубов у ребенка, страдающим пиелонефритом:

1. использование резорцин-формалинового метода
2. пломбирование каналов пастой на масляной основе
3. удаление зуба

16. О наличии истинного патологического зубодесневого кармана у детей надёжно свидетельствует:

1. подвижность зуба.
2. глубина ЗДК более 4мм
3. Rg-логические симптомы патологии пародонта
4. любой из названных симптомов
5. ни один из перечисленных симптомов

17. Родители должны начинать чистить детям зубы с возраста:

1. 1 года
2. 2 лет
3. 3 лет
4. после прорезывания первого временного зуба
5. после прорезывания временных резцов

18. Ведущим признаком, отличающим хронический гингивит от пародонтита является:

1. наличием патологического десневого кармана

2. воспаление десневого края
3. наличие десневого камня
4. Рё-логические симптомы

Установите соответствие

19. Классификация постоянных пломбировочных материалов

Группа	Представители
А) цементы	1) амальгама серебряная
Б) пластмассы	2) амальгама медная
В) металлические	3) цинк-фосфатный цемент
	4) силико-фосфатный цемент
	5) силикатный цемент
	6) поликарбоксилатный цемент
	7) наполненные пластмассы
	8) ненаполненные пластмассы
	9) стеклоиономерный цемент

20. Композитный пломбировочный материал Размер частиц

- | | |
|---------------------|----------------|
| 1) макронаполненный | а) 0,4-0,8 мкм |
| 2) микронаполненный | б) 10-45 мкм |
| 3) мининаполненный | в) 0,05-50 мкм |
| 4) гибридный | г) 1-10 мкм |

Выберите один правильный ответ:

21. Какие аппараты используют для устранения зубочелюстных аномалий:

1. профилактические
2. лечебные
3. ретенционные

22. Укажите признак начального периода сформированного временного прикуса:

1. каждый зуб имеет два антагониста
2. каждый зуб имеет по одному антагонисту
3. каждый зуб имеет по два антагониста, кроме центральных резцов нижней челюсти и вторых верхних моляров

23. Какие аппараты относятся к каркасным:

1. Коронка Катца
2. Брекет - система
3. Регулятор функции Френкеля

24. Реактивная макрогнатия может возникнуть при:

1. макроглоссии
2. микроглоссии
3. анкилоглоссии
4. аглоссии

25. Согласно классификации Блэка, кариозные полости локализуются на жевательной поверхности моляров и премоляров:

1. I класс
2. II класс
3. III класс
4. IV класс
5. V класс

26. Иммунные зоны максимально сохраняются при препарировании по принципу:

1. профилактическому (по Блэку)
2. биологической целесообразности

27. Иммунные зоны располагаются:

1. на вестибулярных поверхностях и фиссурах
2. на фиссурах и буграх
3. на буграх и вестибулярных поверхностях

28. Средний кариес по МКБ – 10 классифицируется как:

1. кариес эмали
2. кариес дентина
3. кариес цемента
4. приостановившийся кариес
5. кариес неуточненный

29. Стабилизировавшийся кариес – это:

1. белое кариозное пятно
2. небольшая кариозная полость, не увеличивающаяся в размере в течение 2 мес
3. небольшая кариозная полость, не увеличивающаяся в размере в течение 6 мес
4. пигментированное кариозное пятно
5. глубокая кариозная полость при отсутствии болевого синдрома

30. Кариес цемента – это:

1. поверхностная полость IV класса
2. средняя полость IV класса
3. глубокая полость IV класса
4. полость IV класса
5. распространение кариозного процесса ниже уровня десны

31. Тетрациклиновую окраску зубов дифференцируют с:

1. гипоплазией эмали
2. кариесом в стадии пятна
3. эрозией эмали

32. Препараты тетрациклинового ряда не назначают детям в возрасте:

1. от 1 до 6 мес
2. от 1 года до 6 лет
3. от 6 мес до 6 лет
4. до 12 лет

33. При лечении пульпита наиболее эффективна анестезия:

1. под давлением
2. проводниковая
3. инфильтрационная
4. интралигаментарная
5. аппликационная

34. Показания к применению лечебной прокладки с гидроксидом кальция:

1. острый диффузный пульпит
2. глубокий кариес
3. хронический гипертрофический пульпит

36. Изменения в периапикальных тканях при хроническом пульпите:

1. возможны
2. невозможны

35. Метод сохранения жизнеспособности пульпы в корневых каналах:

1. витальная экстирпация
2. витальная ампутация
3. девитальная экстирпация
4. девитальная ампутация

36. Периодонт представляет собой сложное анатомическое образование происхождения:

1. эпителиального
2. соединительнотканного

37. Наличие кариозной полости может быть причиной периодонтита:

1. травматического
2. инфекционного
3. медикаментозного

38. При хронических формах периодонтита результаты ЭОД:

1. 60 мкА
2. 100 мкА
3. 150 мкА
4. 200 мкА
5. 300 мкА

39. При лечении хронического фиброзного периодонтита корневой канал пломбируют:

1. до анатомического верхушечного отверстия
2. за верхушечное отверстие
3. до физиологического верхушечного отверстия

40. Катаральный гингивит- заболевание:

1. воспалительное
2. дистрофическое
3. воспалительно-дистрофическое

41. При катаральном гингивите количество десневой жидкости:

1. увеличивается
2. уменьшается
3. не изменяется

42. При пародонтите количество десневой жидкости:

1. увеличивается
2. уменьшается
3. не изменяется

43. При пародонтозе количество десневой жидкости:

1. увеличивается
2. уменьшается

3. не изменяется

44. Изменения на рентгенограмме при катаральном гингивите:

1. характерны
2. нехарактерны

45. Симптом Никольского при многоформной экссудативной эритеме:

1. положительный
2. отрицательный

46. При многоформной экссудативной эритеме пузыри образуются:

1. интерэпителиально
2. субэпителиально

47. После перенесенного гингивита Венсана контуры десневых сосочков:

1. восстанавливаются
2. не восстанавливаются

48. После перенесенного вирусного поражения десен контуры десневых сосочков:

1. восстанавливаются
2. не восстанавливаются

49. Веточки, формирующие верхнее переднее зубное сплетение отходят от:

1. n. maxillaris
2. n. infraorbitalis
3. n. ophthalmicus
4. n. palatinus anterior

50. Аспирационная проба выполняется для профилактики:

1. абсцесса
2. флегмоны
3. гематомы
4. неврита
5. остеомиелита

51. При удалении первых верхних моляров первое движение делается в нёбную сторону, т.к. наружный кортикальный слой усилен:

1. височным гребнем
2. наружной кривой линией
3. внутренней кривой линией
4. скуло-альвеолярным гребнем

52. При нёбной анестезии вкол иглы осуществляется на 1 см:

1. впереди от проекции большого небного отверстия
2. сзади от проекции большого небного отверстия
3. латерально от проекции большого небного отверстия
4. медиально от проекции большого небного отверстия

53. При удалении второго нижнего моляра показана анестезия:

1. торусальная
2. туберальная
3. мандибулярная
4. по Берше

54. при удалении 46 зуба происходит отлом верхушки медиального корня. Дистальный корень удалён полностью. Какой инструмент следует использовать для удаления верхушки корня?

1. пинцет
2. прямой элеватор
3. универсальные баянетные щипцы
4. угловой элеватор «от себя»
5. Угловой элеватор «на себя»

55. При удалении 17 зуба произошла острая перфорация дна гайморовой пазухи. Какой симптом свидетельствует об этом осложнении?

1. резкая боль в области в.ч.
2. затруднённое дыхание через нос
3. кровотечение через нос со стороны перфорации
4. ограничение подвижности в.ч.

56. Для устранения сообщения полости рта с гайморовой пазухой при острой перфорации используют:

1. эпидермальный кожный лоскут
2. ускоренный филатовский стебель
3. пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу
4. трапецевидный слизисто-надкостничный лоскут с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка

57. Как называется перелом, линия которого проходит через лунку нижнего зуба «мудрости»:

1. перелом угла н.ч.
2. перелом ветви н.ч.
3. перелом тела н.ч.
4. ментальный перелом

58. Основным требованием к средствам лечебной иммобилизации отломков при переломах челюстей является:

1. удобство для пациентов
2. возможность приёма пищи через рот
3. жёсткая фиксация отломков под контролем прикуса
4. нетравматичность

59. К средствам лечебной иммобилизации отломков при переломах челюстей относятся:

1. лигатурное связывание по Айви
2. стандартная транспортная повязка
3. повязка Померанцевой - Урбана
4. шина Тигерштедта

60. Шина Васильева относится к:

1. подручным средствам транспортной иммобилизации
2. индивидуальным средствам лечебной иммобилизации
3. стандартным средствам лечебной иммобилизации
4. стандартным средствам транспортной иммобилизации

61. При неосложнённом переломе тела н.ч. шину Тигерштедта можно снять через:

1. 2 недели
2. 4 недели
3. 8 недель
4. 10 недель

62. При переломе в.ч. по Фор II – у больного отмечалось кровотечение из ушей, носа, симптом очков. Эти симптомы свидетельствуют о:

1. сотрясении головного мозга
2. ушибе головного мозга
3. переломе основания черепа
4. переломе костей носа

63. При абсцессе крыловидно – нижнечелюстного пространства разрез проводится:

1. по ходу крыловидно – нижнечелюстной складки
2. в челюстно-язычном желобке
3. под углом н.ч.
4. в подглазничной области

64. Острый одонтогенный периостит следует дифференцировать с:

1. острым одонтогенным остеомиелитом
2. невралгией тройничного нерва
3. хроническим гранулирующим периодонтитом
4. одонтогенной подкожной гранулёмой лица

65. Хронический одонтогенный остеомиелит челюсти характеризуется:

1. симптомом Венсана
2. синдромом Шегрена
3. наличием секвестров
4. симптомом Дюпюитрена

66. При хроническом одонтогенном остеомиелите показана :

1. антибиотикотерапия
2. физиолечение
3. секвестротомия
4. периостотомия

67. Ангиоматозный эпюлис характеризуется:

1. невралгическими болями
2. кровоточивостью
3. инвазивным ростом
4. склонностью к метастазированию

68. Источником рака в.ч. является:

1. эпителий верхнечелюстного синуса
2. костная ткань стенок гайморовой пазухи
3. клетчатка орбиты
4. слизистая оболочка полости носа

69. При базалиоме кожи лица метастазы обнаруживаются в:

1. регионарных лимфоузлах шеи
2. органах желудочно-кишечного тракта
3. костях скелета
4. опухоль не метастазирует

70. При поражении злокачественной опухолью двух анатомических областей н.ч. распространённость её обозначается:

1. T₀
2. T₁
3. T₂

4. T₃
5. N₂

71. При свободной кожной пластике чаще всего используются:

1. расщеплённый кожный лоскут
2. эпидермальный лоскут
3. толстый лоскут
4. лоскут Израэля

72. При пластике дефекта кожи надбровной области предпочтительнее использовать лоскут:

1. с носогубной складки
2. с височной области
3. с лобной области
4. с внутренней поверхности предплечья

73. Дельтопекторальный лоскут используется для замещения дефекта:

1. крыла носа
2. слизистой оболочки верхнего свода преддверия полости рта
3. кожи лба
4. обширного дефекта нижней трети лица

74. Прилипаемость цемента обеспечивает наличие в составе порошка:

1. окиси алюминия
2. ортофосфорной кислоты
3. окиси цинка
4. окиси кремния.

75. Предупреждают развитие вторичного кариеса цементы

1. фосфатные
2. силикофосфатные
3. силикатные
4. цинкооксидэвгенольные.

76. Коронки, мостовидные протезы делают из золота:

1. 385-й пробы
2. 750-й пробы
3. 900-й пробы
4. 383-й пробы.

77. Для изготовления штампованных коронок, выпускаются стандартные гильзы толщиной:

1. 0,3-0,4 мм;
2. 0,1-0,2 мм;
3. 0,4-0,5 мм;
4. 0,25-0,3 мм.

78. Ситалловые массы — это:

1. сикор
2. гамма
3. МК
4. вивадент.

79. Агаровые материалы для дублирования моделей:

1. тиодент, ортокор;

2. кромопан, эластик;
3. дентакол, гелин;
4. дентафоль, мастер.

80. После избирательной пришлифовки полировка зубов

1. обязательна
2. необязательна
3. только на верхней челюсти

81. Избирательная пришлифовка зубов при пародонтите проводится

1. в одно посещение
2. в 2-3 посещения через день
3. в 3-4 посещения через неделю

82. При развившейся стадии пародонтита и большой подвижности зубов избирательную пришлифовку лучше проводить после

1. предварительного шинирования
2. удаления корней зубов
3. ортодонтического лечения.

83. В области жевательных зубов после избирательной пришлифовки при пародонтите должен быть:

1. линейный контакт
2. точечный контакт

84. В передней окклюзии в норме допустимы следующие варианты взаимоотношений зубных рядов:

1. наличие контактов в области фронтальных зубов
2. наличие контактов в области жевательных зубов
3. отсутствие контактов в области фронтальных зубов

85. В качестве опор для несъемных протезов используются

1. зубы с непораженным пародонтом
2. зубы с изменениями в периапикальных тканях

86. Односторонний концевой дефект зубного ряда по Кеннеди относится

1. к первому классу по Кеннеди
2. ко второму классу по Кеннеди
3. к третьему классу по Кеннеди
4. к четвертому классу по Кеннеди

87. Двусторонний концевой дефект зубного ряда по Кеннеди относится

1. к первому классу по Кеннеди
2. ко второму классу по Кеннеди
3. к третьему классу по Кеннеди
4. к четвертому классу по Кеннеди

88. У металлокерамических протезов в сравнении с паяными протезами с пластмассовой облицовкой

1. выше эстетика и выше прочность
2. выше эстетика, но ниже прочность
3. ниже эстетика, но выше прочность

89. У мостовидного протеза по сравнению с бюгельным

1. выше нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу
2. ниже нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу
3. ниже нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу

90. Искусственные фарфоровые зубы соединяются с базисом пластиночного протеза

1. механически
2. химически
3. при помощи клея

91. По способу передачи жевательного давления съемные пластиночные протезы относятся

1. к физиологическим
2. к полуфизиологическим
3. к нефизиологическим

92. Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели:

1. фиксированные в окклюдатор
2. с восковыми базисами и окклюзионными валиками
3. с восковыми базисами и окклюзионными валиками, фиксированные в окклюдаторе

93. Для предотвращения деформации воскового базиса его укрепляют

1. быстротвердеющей пластмассой
2. гипсовым блоком
3. металлической проволокой
4. увеличением толщины воска

94. Оптимальное расположение кламмерной линии на верхней челюсти

1. диагональное
2. сагиттальное
3. поперечное

95. Этап проверки конструкции пластиночного протеза начинают

1. с определения высоты нижнего отдела лица
2. с введения протеза в полость рта
3. с введения в полость рта восковых базисов с зубами и кламмерами
4. с оценки качества изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе

96. При полимеризации пластмассы быстрый нагрев кюветы приводит к образованию в базисе протеза

1. трещин
2. газовой пористости
3. гранулярной пористости

97. Припасовка съемного пластиночного протеза проводится

1. зубным техником на модели
2. врачом в полости рта
3. зубным техником на модели, затем врачом в полости рта

98. Бюгельный протез состоит

1. из дуги и искусственных зубов
2. из дуги, искусственных зубов и кламмеров
3. из дуги, искусственных зубов, кламмеров и седловидной части

Установите последовательность

99. Техника «Step Back» («шаг назад»)

- 1) формирование апикального упора
- 2) прохождение корневого канала инструментом небольшого размера и определение рабочей длины
- 3) инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала
- 4) заключительное выравнивание стенок корневого канала
- 5) инструментальная обработка средней и верхней частей корневого канала

100. Техника «Crown Down» (от коронки вниз)

- 1) введение в корневой канал H-файла № 35 на глубину 16 мм
- 2) прохождение апикальной части канала на временную рабочую длину
- 3) определение временной рабочей длины
- 4) определение окончательной рабочей длины
- 5) расширение корневого канала и придание ему конусовидной формы

Вариант 7.

Установите соответствие

1. Композитный пломбировочный материал	Размер частиц
1) макронаполненный	а) 0,4-0,8 мкм
2) микронаполненный	б) 10-45 мкм
3) мининаполненный	в) 0,05-50 мкм
4) гибридный	г) 1-10 мкм

Выберите один правильный ответ:

2. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:

1. сонное отверстие
2. овальное отверстие
3. остистое отверстие
4. круглое отверстие
5. слепое отверстие

3. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие:

1. сонное
2. круглое
3. овальное
4. остистое
5. слепое

4. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти:

1. прямые щипцы
2. угловой элеватор
3. клювовидные щипцы с шипом
4. S-образные сходящиеся щипцы
5. S-образные несходящиеся щипцы

5. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1. анурез
2. синусит
3. альвеолит
4. остеомиелит
5. гипертонический криз

6. Задней границей околоушно-жевательной области является:

1. передний край жевательной мышцы
2. нижний край скуловой дуги
3. нижний край тела нижней челюсти
4. задний край ветви нижней челюсти
5. козелок уха

7. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны:

1. осложнениями
2. наличием воспалительной реакции лимфоузлов
3. скоростью нарастания симптомов интоксикации
4. выраженностью местных клинических проявлений
5. одной из стенок гнойного очага является челюстная кость

8. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является:

1. паротит
2. медиастинит
3. парез лицевого нерва
4. гематома мягких тканей
5. тромбоз синусов головного мозга

9. Оперативный доступ при лечении флегмоны дна полости рта заключается в разрезе:

1. в подбородочной области
2. окаймляющем угол нижней челюсти
3. слизистой оболочке по крылочелюстной складке
4. в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
5. параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

10. Абсцесс челюстно-язычного желобка необходимо дифференцировать с:

1. тризмом
2. карбункулом нижней губы
3. флегмоной щечной области
4. флегмоной височной области
5. абсцессом крыловидно-челюстного пространства

11. При периостите гнойный процесс локализуется под:

1. кожей
2. мышцей
3. надкостницей
4. наружной кортикальной пластинкой челюсти
5. слизистой оболочкой альвеолярного отростка

12. Грозным осложнением фурункула носогубного треугольника является:

1. карбункул
2. флегмона
3. абсцесс
4. тромбоз пещеристого синуса
5. рожистое воспаление

13. Хронический паренхиматозный сиалоаденит характеризуется:

1. расплавлением стромы
2. тотальным отеком паренхимы
3. образованием мелких полостей в паренхиме
4. разрастанием межучточной соединительной ткани
5. тромбозом сосудов

14. Основным симптомом перелома нижней челюсти является:

1. головная боль
2. носовое кровотечение
3. патологическая подвижность нижней челюсти
4. патологическая подвижность верхнечелюстных костей
5. разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

15. Симптомы перелома скуловой кости:

1. деформация носа, гематома
2. гематома скуловой области
3. кровоизлияние в нижнее веко
4. кровотечение из носа, головокружение

5. уплощение скуловой области, диплопия

16. Непосредственным местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1. ОРВИ
2. пародонтит
3. кровотечение
4. пиелонефрит
5. множественный кариес

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

1. антисептической обработке, наложении швов и повязки
2. остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки
3. иссечении некротически измененных тканей, удалении кровяных сгустков, дренировании раны
4. антисептической обработке, иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя
5. экономном иссечении тканей в области раны, использовании первичной пластики, обшивании раны (подшивание слизистой оболочки к коже)

18. Особенности ожогов лица заключаются в:

1. течении раневого процесса
2. значительной аутоинтоксикации
3. неравномерном поражении различных отделов кожи лица
4. быстром развитии гнойно-септических осложнений
5. пигментации

19. К дополнительным методам исследования для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится:

1. физикальный
2. биохимический
3. цитологический
4. иммунологический
5. биометрический

20. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят:

1. химиотерапию
2. лучевую терапию
3. иссечение опухоли
4. комбинированное лечение
5. симптоматическую терапию

21. В результате нарушения развития эмалевого органа в челюстных костях образуется киста:

1. кератокиста
2. радикулярная
3. фолликулярная
4. назоальвеолярная
5. резцового канала

22. Методом лечения фиброзного эпюлиса является:

1. химиотерапия
2. криодеструкция
3. лучевая терапия
4. комбинированное лечение

5. иссечение новообразования

23. Лоскут на питающей ножке состоит из тканей:

1. расщепленной кожи
2. кожи и подкожно-жировой клетчатки
3. кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
4. кожи, подкожной клетчатки, мышцы и кости
5. полнослойного кожного лоскута

24. Вторичными ранящими снарядами в челюстно-лицевую область называются:

1. разрывные пули
2. осколки снаряда
3. стреловидные элементы
4. зоны некротических изменений костной ткани
5. зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

25. Причиной развития анкилоза ВНЧС является:

1. опухоль
2. мастоидит
3. околоушный гипергидроз
4. целлюлит околоушно-жевательной области
5. травма мышечковых отростков нижней челюсти

26. Дном кариозной полости принято считать стенку:

1. вертикальную
2. обращенную к пульпе
3. горизонтальную

27. Критерием окончательного препарирования кариозной полости является:

1. наличие размягченного и пигментированного дентина на дне кариозной полости
2. светлый и плотный при зондировании дентин на дне кариозной полости

28. В препарированных кариозных полостях II и I классов эмаль:

1. нависает над подлежащим дентином
2. опирается на подлежащий дентин

29. Число классов в классификации кариозных полостей по Блэку:

1. 3
2. 7
3. 5
4. 9

30. Принцип биологической целесообразности заключается:

1. в профилактическом препарировании твердых тканей зуба до иммунных зон
2. в максимальном сохранении видимо здоровых тканей

31. Безболезненность достигается препарированием в режиме:

1. прерывистом, с охлаждением
2. непрерывном, с охлаждением
3. непрерывном, без охлаждения

32. При клиновидном дефекте следует рекомендовать:

1. фторсодержащие зубные пасты на меловой основе
2. противовоспалительный эликсир
3. фторсодержащие зубные пасты на гелевой основе

4. зубной порошок
- 33. Стирание твердых тканей зубов к снижению высоты нижнего отдела лица:**
 1. приводит
 2. не приводит
- 34. Кислота - основное вещество некротизирующей пасты быстрого действия:**
 1. ацетилсалициновая
 2. хлорноватистая
 3. мышьяковистая
 4. ортофосфорная
- 35. Параформальдегид основным некротизирующим веществом пасты медленного действия:**
 1. является
 2. не является
- 36. Мумифицирующее действие на пульпу оказывает паста:**
 1. цинкэвгенольная
 2. резорцин-формалиновая
 3. ортофеновая
- 37. При поперечном переломе корня зуба на уровне верхней трети необходимо пломбировать канал:**
 1. фосфат-цементом
 2. цинк-эвгеноловой пастой
 3. фосфат-цементом с металлическим штифтом
 4. цинк-эвгеноловой пастой с серебряным штифтом
- 38. Для проведения успешного лечения острого или хронического периодонтита корневые каналы должны быть:**
 1. хорошо проходимыми
 2. изогнутыми
 3. облитерированными
- 39. При выборе метода лечения хронического периодонтита наличие общесоматических заболеваний во внимание:**
 1. принимают
 2. не принимают
- 40. Одонтогенный очаг инфекции очагово-обусловленные заболевания:**
 1. вызывает
 2. не вызывает
- 41. Наличие рубца на слизистой оболочке в проекции вершины корня указывает на обострение хронического периодонтита в:**
 1. прошлом
 2. настоящем
- 42. Изменения на рентгенограмме при гипертрофическом гингивите:**
 1. характерны
 2. не характерны
- 43. Изменения на рентгенограмме при язвенно-некротическом гингивите:**
 1. характерны

2. нехарактерны

44. При лечении хронического катарального гингивита проводят:

1. обработку десны резорцином
2. обучение чистке зубов
3. аппликацию протеолитических ферментов

45. Клиническими признаками гипертрофического гингивита фиброзной формы являются:

1. кровоточивость при чистке зубов и откусывании пищи
2. разрастание неизменной в цвете десны
3. резкая гиперемия и отек десневых сосочков
4. боль при жевании

46. Клиническими признаками гипертрофического гингивита отечной формы являются:

1. резкая гиперемия и отек десневых сосочков
2. отсутствие кровоточивости

47. Лечение зубов у больных язвенно-некротическим гингивостоматитом Венсана проводят:

1. в остром периоде
2. после стихания воспалительных явлений

48. К грибковым заболеваниям полости рта относятся:

1. язвенно-некротический стоматит Венсана
2. хронический рецидивирующий герпетический стоматит
3. кандидоз
4. опоясывающий лишай
5. хронический рецидивирующий афтозный стоматит
6. ящур
7. герпангина

49. Хронический атрофический кандидоз дифференцировать с аллергической реакцией на пластмассу:

1. следует
2. не следует

50. К противогрибковым препаратам относят:

1. диазолин и оксациллин
2. оксациллин и метронидазол
3. метронидазол и нистатин
4. нистатин и леворин

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

1. абразивными;
2. пенообразующими;
3. связующими;
4. ароматизирующими.

52. Гигиеническое состояние полости рта определяют с помощью индекса:

1. КПУ;
2. Грин-Вермиллиона;
3. РМА;
4. КП;

53. Оценка кариесрезистентности эмали:

1. КОСРЭ – тест;
2. ТЭР – тест;
3. тест Румянцева-Леонтьева.

54. При генерализованном пародонтите на фоне предполагаемого X-гистиоцитоза у детей абсолютно необходима:

1. рентгенография
2. определение глубины патологического кармана
3. исследование кровоточивости десны
4. определение прикуса
5. окклюзиография

55. Средний кариес в постоянных зубах с несформированными корнями при компенсированной форме кариеса лечится:

1. в одно посещение
2. в два посещения

56. Пелликула зуба образована:

1. коллагеном;
2. кератином;
3. гликопротеидами слюны;
4. редуцированными клетками эпителия эмалевого органа.

57. Мягкое, аморфное, гранулированное вещество, плотно прилегающее к поверхности эмали, пломбы, зубного протеза - это:

1. мягкий зубной налет;
2. зубная бляшка;
3. пелликула;
4. зубной камень.

58. Какие материалы используются для одношаговой апексификации:

1. составы из триоксидов минералов;
2. формокрезол;
3. резорцин-формалиновая паста;
4. цинкоксидэвгеноловая паста.

59. Значение рН зубного налета, оцениваемое как критическое, составляет:

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

60. Поражаемость кариесом твердых тканей зубов оценивается с помощью индексов:

1. КПУ;
2. ИГР-У;
3. РМА.

61. Метод девитальной экстирпации показан при лечении пульпита:

1. только в сформированных постоянных зубах
2. в любых сформированных временных зубах
3. в сформированных постоянных зубах и в сформированных временных зубах
4. в однокорневых несформированных постоянных зубах и сформированных временных зубах
5. в сформированных постоянных зубах и во всех временных зубах

62. При хроническом периодонтите временного зуба может возникнуть:

1. системная гипоплазия эмали постоянных зубов
2. местная гипоплазия постоянного зуба
3. несовершенный дентиногенез

63. К локальному пародонтиту приводит:

1. гиповитаминоз
2. прием противосудорожных препаратов
3. отсутствие контактного пункта между соседними зубами
4. патология эндокринной системы

64. Оптимальная среда для развития гриба рода Candida:

1. щелочная
2. нейтральная
3. кислая

65. Материал для бактериологического исследования при кандидозе берут:

1. до еды
2. натощак
3. после еды

66. Повреждение слизистой оболочки в пределах эпителия это:

1. эрозия
2. язва
3. трещина

67. Афты Беднара встречаются:

1. у детей 1 -6 мес.
2. у детей 2 - 3 лет
3. у детей школьного возраста

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

1. Эрозии с гнойным отделяемым
2. «медовые» корки
3. эрозии с влажным белым налётом

69. Что позволяет определить пропорциональность коронок постоянных резцов челюстей:

1. метод Пона
2. метод Коркхауза
3. диаграмма Хаулея – Гербера – Гербста
4. индекс тонна

70. Для постановки окончательного диагноза «адентия вторых премоляров верхней и нижней челюсти» какой Рё-снимок целесообразно сделать:

1. ортопантограмму
2. панорамный снимок верхней челюсти
3. ТРГ в боковой проекции
4. ТРГ в прямой проекции

71. Удаление зубов по методу Хотца показано:

1. при несоответствии размеров зубов и челюстей
2. при наличии сверхкомплектных зубов
3. адентии

72. Важное диагностическое значение симптом не прямой нагрузки имеет:

1. при диагностике перелома нижней челюсти
2. при вывихе нижней челюсти
3. при диагностике перелома скуловой кости

73. При хроническом оссифицирующем периостите выражена:

1. деструкция костной ткани
2. гиперпластическая реакция надкостницы

74. Смешанная опухоль - это:

1. доброкачественная опухоль
2. злокачественная опухоль
3. опухолеподобное заболевание

75. При заболевании крови операцию удаления зуба по поводу хронического верхушечного периодонтита проводят:

1. в поликлинике
2. в стационаре
3. на дому

76. Показаниями к применению метода избирательной шлифовки зубов при

1. пародонтите являются
2. множественный кариес
3. преждевременные контакты зубов
4. полная адентия

77. Для правильного использования метода избирательной шлифовки зубов при пародонтите применение диагностических моделей

1. обязательно
2. необязательно

78. Деструкция тканей пародонта приводит к снижению выносливости зубов при действии сил:

1. направленных вертикально
2. направленных под углом к длинной оси зуба
3. не имеет значения

79. Для дифференциации компенсированной формы патологической стираемости твердых тканей зубов от декомпенсированной необходимо:

1. изготовить диагностические модели
2. измерить разницу между ВНОЛ при физиологическом покое и в привычной центральной окклюзии
3. провести параллелометрию
4. провести ЭОД

80. При патологической стираемости твердых тканей зубов форма фасеток стирания:

1. клинообразная
2. кратерообразная
3. ступенчатая
4. прямоугольная

81. Углы рта у пациентов с отсутствием зубов

1. западают

2. приподняты
3. не изменены
4. опущены

82. Задний край полного съемного протеза на верхней челюсти

1. не должен доходить до линии «А» на 2мм
2. должен заканчиваться на линии «А»
3. должен перекрывать линию «А» на 1-2 мм

83. Переходной складкой называют:

1. границу между пассивно подвижной и податливой слизистой оболочкой
2. границу между активно подвижной и податливой слизистой оболочкой
3. границу между пассивно подвижной и неподвижной слизистой оболочкой
4. границу между активно подвижной и пассивно подвижной слизистой оболочкой

84. Курляндский В.Ю. различает три фазы адаптации к зубным протезам:

1. возбуждение, раздражение, торможение
2. возбуждение, раздражение, комфорт
3. раздражение, частичное торможение, полное торможение

85. Рентгенологическая картина при артрозах ВНЧС выявляет:

1. сужение суставной щели
2. отсутствие суставной щели
3. расширение суставной щели
4. уплотнение кортикального слоя суставной головки
5. изменение формы костных элементов сустава

86. Жевательная нагрузка концентрируется в области

1. моляров
2. резцов и клыков
3. премоляров
4. моляров и премоляров

87. Для выявления суперконтактов в заднем контактном положении куда смещают нижнюю челюсть?

1. дистально
2. в правую боковую окклюзию
3. в левую боковую окклюзию
4. в переднюю окклюзию

88. Рентгенологическая картина при хронических артритах ВНЧС

1. расширение суставной щели
2. сужение суставной щели
3. контуры суставной головки нечеткие
4. деформация костных элементов сустава

89. Назовите виды окклюзионных кривых:

1. вертикальная и трансверзальная
2. вертикальная и сагиттальная
3. сагиттальная и трансверзальная

90. Укажите метод ортопедического лечения очагового пародонтита при атрофии альвеолярного отростка резцов нижней челюсти более 50% длины корня

1. интердентальная шина В.Н.Копейкина

2. шина Мамлока
3. шина Эльбрехта
4. шина из цельнолитых (металлокерамических, металлоакриловых) коронок

91. Съемные шины-протезы применяются для лечения очагового пародонтита

1. начальной стадии
2. развившейся стадии легкой степени тяжести
3. развившейся стадии средней степени тяжести

92. Для лечения очагового пародонтита несъемные протезы применяются при

1. атрофии 1/4
2. атрофии 1/2
3. атрофии 3/4
4. атрофии более 3/4

93. Изготовление металлокерамических мостовидных протезов при очаговом пародонтите противопоказано:

1. начальной стадии
2. развившейся стадии легкой степени тяжести
3. развившейся стадии тяжелой степени

94. Обнажение цемента смещенных зубов более чем на половину корня относится к:

1. первой форме
2. второй, первая группа
3. второй, вторая группа
4. третьей

95. Блокировка движений нижней челюсти вызывает изменения

1. в периодонте
2. в височно-нижнечелюстном суставе
3. в жевательных мышцах

96. Зубоальвеолярное удлинение характерно

1. для верхней челюсти
2. для нижней челюсти
3. одинаково для обеих челюстей

97. Аппаратурно-хирургический метод устранения деформации применяют при неэффективности метода дезокклюзии в течение

1. одной недели
2. 3-4 недель
3. 6 месяцев.

98. Характер смыкания зубов при двустороннем переломе нижней челюсти

1. прогнатический
2. прогенический
3. перекрестный
4. открытый

Установите последовательность:

99. Методика «ручного» пломбирования канала пастами

- 1) проведение рентгенологического контроля качества пломбирования
- 2) вводят следующую порцию пасты на меньшую глубину и конденсируют ее
- 3) конденсируют пасту при помощи ватной турунды на эндодонтическом инструменте
- 4) на кончике К-файла, К-римера или корневой иглы в канал до верхушки вносят небольшое количество пасты
- 5) продолжают введение и конденсацию последующих порций пасты до полной obturation канала
- 6) уплотнение избытка пасты над устьем корневого канала ватным шариком

100. Пломбирование канала гуттаперчевыми штифтами

методом латеральной (боковой) конденсации

- 1) подбор основного штифта и спредера
- 2) введение основного штифта в канал
- 3) введение в канал эндогерметика
- 4) боковая конденсация гуттаперчи
- 5) выведение спредера и введение дополнительного штифта
- 6) боковая конденсация гуттаперчи, выведение спредера и введение второго дополнительного штифта
- 7) рентгенологический контроль качества пломбирования
- 8) удаление излишков пасты и гуттаперчи

Вариант 8.

Выберите один правильный ответ:

1. Одонтопародонтограмма дает возможность судить о:

1. состоянии костной ткани пародонта
2. состоянии слизистой оболочки полости рта
3. степени подвижности зубов

2. Избирательная шлифовка при пародонтите производится на группе зубов:

1. верхней челюсти
2. нижней челюсти
3. верхней и нижней челюстей

Укажите правильную последовательность:

3. Техника «Step Back» («шаг назад»)

- 1) формирование апикального упора
- 2) прохождение корневого канала инструментом небольшого размера и определение рабочей длины
- 3) инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала
- 4) заключительное выравнивание стенок корневого канала
- 5) инструментальная обработка средней и верхней частей корневого канала

4. Техника «Crown Down» (от коронки вниз)

- 1) введение в корневой канал H-файла № 35 на глубину 16 мм
- 2) прохождение апикальной части канала на временную рабочую длину
- 3) определение временной рабочей длины
- 4) определение окончательной рабочей длины
- 5) расширение корневого канала и придание ему конусовидной формы

Установите соответствие:

5. Контроль качества предстерилизационной очистки стоматологического инструментария проводят:

- 1) на наличие крови а) азопирамовой пробой
- 2) на определение б) фенолфталеиновой пробой, остаточных количеств в) амидопириновой пробой. щелочных компонентов моющего средства.

6. Форма зубного ряда имеет вид

- 1) на верхней челюсти а) параболы
- 2) на нижней челюсти б) полуэллипса:

Выберите один правильный ответ:

7. Больному пародонтитом, проводившему лечение с помощью имплантации, врачебный контроль:

1. не требуется
2. в зависимости от желания пациента
3. требуется в течение первого года

8. Для ортодонтического лечения протрузии фронтальных зубов

при пародонтите применяют:

1. съемную пластинку с раздвижным винтом
2. брекет-систему
3. активатор Френкеля 2 типа

9. Анатомический экватор зуба совпадает с клиническим:

1. иногда
2. всегда
3. никогда
4. при переднем наклоне модели
5. при заднем наклоне модели

10. Оклюзионная накладка располагается:

1. между линией обзора и шейкой зуба
2. в опорной зоне
3. в ретенционной зоне
4. строго на линии обзора
5. пересекает линию обзора

11. Функция ОККЛЮЗИОННОЙ накладки заключается:

1. в шинировании зуба
2. в удержании протеза
3. в перераспределении жевательной нагрузки

12. Функциональное назначение дуги шинирующего протеза:

1. перераспределение жевательного давления
2. удержание протеза
3. шинирование зубов

13. Съемные временные назубные шины изготавливаются:

1. из металла
2. из пластмассы
3. верно все перечисленное
4. все перечисленное неверно

14. При всех формах повышенной стираемости показаны ортопедические конструкции:

1. цельнолитые
2. штампованные

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

1. углубление носогубных складок, старческое выражение лица
2. асимметрия лица
3. «птичье» лицо

16. С потерей эмали режущего края зубов или жевательных бугров стираемость:

1. уменьшается
2. увеличивается
3. не изменяется

17. Блокада движений нижней челюсти вызывает изменения:

1. в периодонте
2. в височно-нижнечелюстном суставе

18. Сустиавной признак центральной окклюзии. Сустиавная головка находится:

1. на скате сустиавного бугорка
2. у основания сустиавного бугорка
3. на вершине сустиавного бугорка

19. В положении центральной окклюзии мышцы, поднимающие нижнюю челюсть, находятся в состоянии:

1. напряжения
2. относительного физиологического покоя
3. полного расслабления

20. При изготовлении штифтовой конструкции длина штифта относительно длины корня составляет:

1. четверть длины корня
2. половину длины корня
3. две трети длины корня
4. всю длину корня
5. не имеет значения

21. При изготовлении одиночной коронки оттиск снимают:

1. с челюсти, на которую будет изготовлена коронка
2. с обеих челюстей
3. с фрагмента челюсти с отпрепарированным зубом

22. При препарировании зуба для изготовления штампованной коронки с боковых поверхностей зуба осуществляют сошлифовку:

1. на толщину материала коронки
2. соответственно периметру шейки зуба
3. только экватор

23. Для восстановления анатомической формы зуба на гипсовой модели применяют воск:

1. базисный
2. липкий
3. моделировочный для мостовидных протезов
4. лавакс

24. Металлокерамическая коронка относится:

1. к комбинированным
2. к металлическим
3. к неметаллическим

25. При всех видах имплантации важно, чтобы после удаления зубов прошло:

1. 1-3 месяца
2. 3-6 месяцев
3. 6-9 месяцев
4. 9-12 месяцев

26. Рак верхней губы на ранних стадиях метастазирует в:

1. глубокие шейные лимфоузлы
2. подподбородочные лимфоузлы
3. заглоточные и шейные лимфоузлы
4. легкие и кости гематогенным путем

5. поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы

27. Периостальная реакция при раке нижней челюсти:

1. «kozyрек»
2. «спикулы»
3. отсутствует
4. «луковичные наслоения»
5. равномерное утолщение надкостницы

28. Вид асфиксии у раненых с отрывом подбородочного отдела нижней челюсти:

1. клапанная
2. стенотическая
3. обтурационная
4. аспирационная
5. дислокационная

29. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают:

1. на 4-5 сутки
2. на 8-9 сутки
3. после эпителизации раны
4. после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
5. после уменьшения отека тканей

30. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей:

1. течением раневого процесса
2. быстрым развитием осложнений
3. сроками эпителизации раны
4. несоответствием внешнего вида раненого и его жизнеспособности
5. наличием гематом

31. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1. шпатель
2. распатор
3. зажим Кохера
4. крючок Фарабефа
5. крючок Лимберга

32. Характерный симптом при двустороннем переломе мышечкового отростка нижней челюсти:

1. открытый прикус
2. кровотечение из носа
3. разрыв слизистой альвеолярного отростка
4. изменение прикуса моляров со стороны перелома
5. изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

33. Ранулой называется:

1. киста околоушной слюнной железы
2. киста подъязычной слюнной железы
3. опухоль подъязычной слюнной железы
4. киста поднижнечелюстной слюнной железы
5. опухоль поднижнечелюстной слюнной железы

34. Общесоматической симптоматикой при воспалительном процессе челюстно-лицевой области является:

1. интоксикация
2. судорожная готовность
3. респираторный синдром
4. гипертонический синдром
5. почечная недостаточность

35. При флегмоне височной области инфильтрат определяется:

1. выше скуловой дуги
2. ниже скуловой дуги
3. в области бугра верхней челюсти
4. не определяется
5. по переднему краю жевательной мышцы

36. Формирование свищей с гнойным отделяемым характерно для остеомиелита:

1. в острой стадии
2. в подострой стадии
3. хроническом
4. хроническом в стадии обострения
5. ограниченного лункой зуба

37. Актиномикоз является:

1. пороком развития
2. дистрофическим процессом
3. опухолеподобным процессом
4. специфическим воспалительным заболеванием
5. неспецифическим воспалительным заболеванием

38. Отдаленным осложнением после удаления третьего моляра является:

1. диплопия
2. остеомиелит нижней челюсти
3. парез лицевого нерва
4. перелом нижней челюсти
5. макрогнатия нижней челюсти

39. При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи показано лечение:

1. физиотерапия
2. верхнечелюстная синусотомия
3. иссечение свища
4. промывание пазухи антисептиком
5. верхнечелюстная синусотомия с одномоментной пластикой свища

40. При неблагоприятном течении абсцесса окологлоточного пространства инфекция распространяется в:

1. щечную область
2. крылонебную ямку
3. ткани дна полости рта
4. околоушную слюнную железу
5. крыловидно-челюстное пространство

41. Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти:

1. прямые щипцы
2. иглодержатель
3. клювовидные щипцы с шипом

4. клювовидные сходящиеся щипцы
5. S-образные несходящиеся щипцы

42. Возможное осложнение во время операции удаления 3-го моляра нижней челюсти:

1. синусит
2. периостит
3. альвеолит
4. остеомиелит
5. перелом нижней челюсти

43. Обморок - это:

1. проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
2. аллергическая реакция на антиген
3. потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
4. гипертонус мышц
5. дыхательная недостаточность

44. Клиническая картина мягкой одонтомы характеризуется:

1. безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
2. рыхлым, болезненным, кровоточащим образованием десны
3. плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
4. плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов
5. 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

45. Свободной пересадкой кожи называется:

1. перенос кожи стебельчатого лоскута
2. пересадка кожного аутотрансплантата
3. перемещение кожного лоскута на ножке
4. перемещение кожного лоскута на микроанастомозе
5. деэпидермизация

46. Прогностически наиболее неблагоприятная локализация рака слизистой оболочки дна полости рта:

1. передний отдел
2. подъязычная область
3. челюстно-язычный желобок
4. боковой отдел с переходом на язык
5. задний отдел с переходом на корень языка

47. При удалении премоляров верхней челюсти применяют местную анестезию:

1. инфильтрационную
2. торусальную
3. резцовую
4. мандибулярную
5. ментальную

48. Противопоказанием к проведению интралигаментарной анестезии является:

1. лечение кариеса при заболеваниях пародонта
2. одонтопрепарирование под металлокерамическую коронку
3. лечение пульпита девитальной экстирпацией пульпы
4. удаление зуба с хроническим периодонтитом
5. удаление дистопированного зуба

49. При альвеолите в первое посещение следует сделать:

1. тугую тампонаду лунки йодоформной турундой
2. кюретаж лунки
3. разрез по переходной складке
4. удалить распавшийся сгусток и рыхло ввести в лунку йодоформную турунду
5. местную анестезию

50. Гнойный процесс из крылонебной ямки преимущественно распространяется в:

1. клыковую ямку
2. лобный синус
3. позадичелюстную область
4. крылочелюстное пространство
5. околоушно-жевательную область

51. Полости II класса на контактных поверхностях моляров и премоляров общей дополнительной площадкой:

- соединяются
- не соединяются

52. Реакция нейтрализации происходит в процессе замешивания:

- композитов
- амальгам
- цементов
- пластмассы

53. Амальгама используется для пломбирования полостей классов:

- V, III, I
- I, IV, II
- II, III, IV
- IV, II, I
- I, II, V

54. Препарирование кариозных полостей включает:

- обезболивание, некрэктомию, финирование, расширение полости
- расширение кариозной полости, некрэктомию, финирование
- раскрытие кариозной полости, некрэктомию, формирование полости, финирование краев
- финирование краев полости, обезболивание, расширение кариозной полости

55. Заключительным этапом препарирования кариозной полости является:

- финирование
- формирование

56. Согласно классификации Блэка, кариозные полости локализуются в пришеечной области:

- I класс
- II класс
- III класс
- IV класс
- V класс

57. Для постановки диагноза "кислотный некроз" профессиональный анамнез пациента:

- важен
- неважен

58. Проницаемость твердых тканей зубов увеличивается при:

истирании
кариесе зубов

59. Раскрытие полости зуба при эндодонтическом лечении проводится с целью:

улучшения фиксации пломбы
улучшения доступа к каналу корня
удаления коронковой пульпы

60. Для высушивания канала используют:

ручной пюстер
пистолет вода/воздух универсальной установки
эфир для наркоза
сухие корневые турунды

61. При лечении пульпита наиболее эффективна анестезия:

под давлением
проводниковая
инфильтрационная
интралигаментарная
аппликационная

62. Показания к применению лечебной прокладки с гидроксидом кальция:

острый диффузный пульпит
глубокий кариес
хронический гипертрофический пульпит

63. Распад пульпы из корневого канала удаляется:

одномоментно
дробно

64. Периодонт представляет собой сложное анатомическое образование происхождения:

эпителиального
соединительнотканного

65. Наличие кариозной полости может быть причиной периодонтита:

травматического
инфекционного
медикаментозного

66. При хронических формах периодонтита результаты эод:

60 мкА
100 мкА
150 мкА
200 мкА
300 мкА

67. Катаральный гингивит- заболевание:

воспалительное
дистрофическое
воспалительно-дистрофическое

68. При катаральном гингивите количество десневой жидкости:

увеличивается

уменьшается
не изменяется

69. При пародонтите количество десневой жидкости:

увеличивается
уменьшается
не изменяется

70. При пародонтозе количество десневой жидкости:

увеличивается
уменьшается
не изменяется

71. Изменения на рентгенограмме при катаральном гингивите:

характерны
нехарактерны

72. Клинические проявления острого кандидоза:

псевдомембранозный
заеда
гиперпластический
атрофический глоссит
атрофический палатинит

73. Заболевания, с которыми дифференцируют острые формы кандидоза:

медикаментозный стоматит
лейкоплакия
многоформная экссудативная эритема
аллергия на пластмассу
красный плоский лишай экссудативно-гиперемическая форма
острый герпетический стоматит
глоссалгия
хронический рецидивирующий афтозный стоматит

74. Для дифференциальной диагностики между лейкоплакией и молочницей применяют метод исследования:

цитологический
серологический
бактериологический
иммунологический

75. Симптом Никольского при многоформной экссудативной эритеме:

положительный
отрицательный

76. Деструктивная форма хронического остеомиелита чаще встречается у детей:

10-12 лет
3-5 лет
12-15 лет
6 мес. - 1 года

77. Причиной возникновения хронического оссифицирующего периостита является:

обострение хронического верхушечного периодонтита
нерациональное лечение (необоснованное сохранение) пораженного зуб

78. При остром гнойном периостите у детей разрез по переходной складке в области причинного зуба:

- производится
- не проводится

79. Чередование периодов обострения и ремиссии характерно для паротита:

- острого эпидемического
- хронического паренхиматозного

80. Для расширения устья протока околоушной слюнной железы применяют:

- специальные бужи разных номеров
- дрильбор
- зубочистки

81. При полном вывихе зуба происходит:

- полный разрыв тканей периодонта и круговой связки зуба
- разрыв части волокна периодонта

82. На нижней челюсти гематогенный остеомиелит развивается в области:

- мышелкового отростка
- альвеолярного отростка
- угла челюсти
- подбородка

83. Полость при поверхностном кариесе локализуется в пределах:

- эмали
- эмали и дентина
- эмали, дентина и преддентина

84. Высушенная поверхность кариозного белого пятна:

- теряет блеск
- меняет цвет
- остаётся без изменений

85. Микротвердость эмали при кариесе в стадии пятна:

- снижается
- Повышается
- не изменяется

86. В качестве изолирующей прокладки в полостях II класса по Блэку под композитные материалы у детей используют:

- водный дентин
- Дентин пасту
- силикофосфатный цемент
- стеклоиономерный цемент

87. Характерный клинический симптом при кариесе разных стадий – боль:

- самопроизвольная
- сохраняющаяся после устранения раздражителя
- только в присутствии раздражителя

88. Наличие патологического десневого кармана характерно для:

- гингивита

пародонтита
пародонтоза
пародонтомы

89. . Наличие ложного десневого кармана характерно для:

пародонтита
пародонтоза
гипертрофического гингивита

90. Пятна при флюорозе локализуются:

на режущем крае
по всей поверхности коронки зуба
в области шейки зуба

91. Системность поражения зубов всегда характерна для:

кариеса
гипоплазии
эрозии эмали

92. Зубы Гитченсона, Пфлюгера, Фурнье являются разновидностью:

местной гипоплазии
системной гипоплазии
эндемического флюороза

93. «Муаровая» эмаль характерна для:

эрозии
кариесе в стадии пятна
системной гипоплазии
несовершенного амелогенеза
флюороза

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

1 – 2 %
10 – 15%
20 – 30%

95. Первичным элементом поражения при герпетическом стоматите является:

афта
корка
папула
эрозия
пузырёк

96. Мезиальная окклюзия соответствует:

I классу Энгеля
II классу Энгеля
III классу Энгеля

97. При какой аномалии окклюзии используется регулятор функции Френкеля I типа:

дизокклюзия
перекрёстной окклюзии
дистальной окклюзии
мезиальной окклюзии

98. Для предотвращения зубочелюстных аномалий в пренатальный период развития необходимы профилактические мероприятия:

сбалансированный режим питания будущей матери
отказ от вредных привычек
всё вышеперечисленное

99. Ортопантомограмфию в ортодонтии применяется для определения:

длины верхней челюсти
длины нижней челюсти
наличия зачатков постоянных зубов

100. Коактостеотомия проводится с целью:

улучшения фиксации ортодонтических конструкций
ускорения ортодонтического лечения
продолжения ортодонтического лечения

Вариант 9.

Выберите один правильный ответ:

1. При проведении разреза на небе в области верхних резцов рекомендуется анестезия:

палатинальная
резцовая
подглазничная
туберальная
торусальная

2. При удалении моляров нижней челюсти применяется анестезия:

инфильтрационная
туберальная
ментальная
по Гоу-Гейтсу
палатинальная

3. Для удаления корней нижних зубов предназначены щипцы:

клювовидные с шипами
клювовидные со сходящимися щечками
изогнутые по плоскости с шипами
S-образные со сходящимися щечками
байонетные

4. Признаком вскрытия дна гайморовой пазухи является:

выделение крови из лунки удаленного зуба
выделение гноя из лунки удаленного зуба
кровотечение из носа
положительная ротоносовая проба
отек мягких тканей

5. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне:

диатеза
интоксикации
хронического панкреатита
перенесенной ранее аллергической реакции
атеросклероза

6. Аутотрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут из:

ключицы
костей стопы
бедренной кости
гребешка подвздошной кости
плечевой кости

Установите соответствие:

7. Параметры, определяемые при инструментальном обследовании зуба

- | | |
|-----------------|---|
| 1) зондирование | а) болезненность |
| 2) перкуссия | б) консистенция тканей зуба |
| | в) глубина поражения |
| | г) сообщение кариозной полости с полостью зуба. |

8. Кариозные полости классифицируются по признакам

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1) по клиническому течению | а) кариес в стадии пятна |
| 2) по глубине поражения | б) острый кариес |
| | в) поверхностный кариес |
| | г) хронический кариес |
| | д) средний кариес |
| | е) глубокий кариес |

Выберите один правильный ответ:

9. При ожоге III(а) степени поражаются:

все слои эпидермиса
кожа и подлежащие ткани
поверхностный эпидермис
поверхностный эпидермис и капилляры
все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

10. Методом лечения сарком челюстно-лицевой области является:

химиотерапия
хирургический
лучевая терапия
гомеопатический
сочетанный

11. При оперативном лечении радикулярных кист челюстей в области «причинного» зуба производят:

апликацию
пломбирование канала
эндодентальный электрофорез
резекцию верхушки корня
выскабливание зубо-десневого кармана

12. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:

костными изменениями типа «тающего сахара»
костными изменениями типа «матового стекла»
деструкцией кости в виде множественных очагов
резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежения с четкими границами, разделенными костными перегородками

диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении

13. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

височная
круговая мышца рта
поднимающая угол рта
подбородочно-подъязычная
грудино-ключично-сосцевидная

Установите соответствие:

14. Различают виды зубных протезов

- | | |
|--------------|---------------------------|
| 1) несъемные | а) мостовидные |
| 2) съемные | б) бюгельные |
| | в) вкладки |
| | г) коронки |
| | д) частичные пластиночные |
| | е) полные пластиночные |

Выберите один правильный ответ:

15. Лечение при вывихе нижней челюсти заключается в:

иммобилизации
резекции суставного бугорка
прошивании суставной капсулы
резекции мышечковых отростков нижней челюсти
введении суставной головки в суставную впадину

16. Полость ретенционной кисты слюнной железы заполнена:

слюной
детритом
грануляциями
холестеатомными массами
кристаллами холестерина

17. Рентгенологически секвестр определяется как:

участок склероза с четкими контурами
фрагмент костной ткани, находящийся в зоне разрежения
разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки зуба
очаг просветления с четкими контурами
уровень жидкости

18. Типичным клиническим признаком фурункула лица является болезненный:

участок гиперемии кожи
инфильтрат кожи синюшного цвета
инфильтрат в толще мягких тканей
плотный инфильтрат мягких тканей багрового цвета
инфильтрат багрового цвета с гнойно-некротическими стержнями

19. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает:

сепсис
ксеростомия
перикоронит
ложный сустав

парез лицевого нерва

20. Оперативный доступ при лечении флегмоны подподбородочной области заключается в разрезе:

окаймляющем угол нижней челюсти
слизистой оболочке по крылочелюстной складке
параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
в подбородочной области параллельно краю фронтального отдела нижней челюсти

21. Рак нижней челюсти на ранних стадиях метастазирует в:

шейные лимфоузлы
глубокие шейные лимфоузлы
заглоточные и шейные лимфоузлы
легкие и кости гематогенным путем
поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы

22. Клиническим симптомом врожденной кисты шеи является наличие:

уплотнения кожи на шее
повышения температуры тела
болей спастического характера
положительной тимоловой пробы
новообразования округлой формы

23. Под действием тяги жевательных мышц смещение малого фрагмента нижней челюсти при ангулярном переломе происходит:

книзу и кзади
кверху и вперед
медиально и вперед
латерально и кверху
сагиттально и вниз

24. Признак одонтогенного остеомиелита челюстей в острой стадии:

наличие свищевых ходов
односторонний воспалительный инфильтрат в области переходной складки
определение тени секвестра на рентгенограмме
воспалительная инфильтрация с двух сторон альвеолярного отростка, отек мягких тканей
наличие безболезненного выбухания по переходной складке

25. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:

сонное отверстие
овальное отверстие
остистое отверстие
круглое отверстие
слепое отверстие

26. Анатомический слепок снимают с челюсти:

стандартной ложкой
индивидуальной ложкой с применением функциональных проб
индивидуальной ложкой без применения функциональных проб

27. В положении центральной окклюзии мышцы, поднимающие нижнюю челюсть, находятся в состоянии:

напряжения

относительного физиологического покоя
полного расслабления

28. Базисный воск выпускается в виде:

прямоугольных пластинок
кубиков
круглых палочек
круглых полосок
пластинок округлой формы

29. Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели:

фиксированные в окклюдатор
с восковыми базисами и окклюзионными валиками
с восковыми базисами и окклюзионными валиками, фиксированные в окклюдаторе

30. Для предотвращения деформации воскового базиса его укрепляют:

быстротвердеющей пластмассой
гипсовым блоком
металлической проволокой
увеличением толщины воска

31. Восковую конструкцию для определения центральной окклюзии изготавливают:

из липкого воска
из моделировочного воска
из базисного воска
из бюгельного воска •

32. При нанесении ориентиров для постановки искусственных зубов линия, опущенная от крыла носа, соответствует:

медиальной поверхности клыка
дистальной поверхности клыка
середине клыка
середине первого премоляра
постановке центральных и боковых резцов

33. Наиболее объективным методом определения высоты нижнего отдела лица является:

анатомический
анатомио-физиологический
антропометрический

34. Оптимальное расположение кламмерной линии на верхней челюсти:

диагональное
сагиттальное
поперечное

35. Оптимальное расположение кламмерной линии на нижней челюсти:

диагональное
сагиттальное
поперечное

36. Плечо удерживающего кламмера должно:

иметь точечный контакт с вестибулярной поверхностью зуба
прилегать к вестибулярной поверхности зуба на всем протяжении

37. При расположении протеза на челюсти (в покое) плечо кламмера должно:

оказывать давление на опорный зуб
быть пассивным
отстоять от поверхности зуба

38. На этапе проверки конструкции съемного протеза в клинику поступает:

восковой базис с окклюзионными каликами на гипсовой модели
пластмассовый базис с зубами и кламмерами
восковой базис с зубами и кламмерами на гипсовой модели в окклюдаторе

39. Этап проверки конструкции пластиночного протеза начинают:

с определения высоты нижнего отдела лица
с введения протеза в полость рта
с введения в полость рта восковых базисов с зубами и кламмерами
с оценки качества изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе

40. На этапе проверки конструкции протеза отсутствие контакта между искусственными зубами и их антагонистами при наличии правильного смыкания естественных зубов связано с ошибкой при определении центральной окклюзии:

фиксация бокового сдвига
фиксация сагиттального сдвига
отхождение воскового базиса с окклюзионными валиками от слизистой оболочки в момент смыкания челюстей

41. Наличие бугоркового контакта боковых искусственных зубов с антагонистами, а во фронтальном участке – разобщение на этапе проверки конструкции связано:

с неправильным подбором искусственных зубов
со смещением нижней челюсти вперед при определении окклюзии
со смещением нижней челюсти в сторону при определении окклюзии

42. Отсутствие контакта между естественными зубами-антагонистами при наличии плотного фиссурно-бугоркового контакта искусственных зубов на этапе проверки конструкции протеза связано:

с неправильным подбором искусственных зубов
с деформацией воскового базиса с окклюзионными валиками на этапе определения центральной окклюзии
с недостаточным продавливанием воска на окклюзионном валике при фиксации центральной окклюзии

43. Переход акриловой пластмассы из пластичного состояния в твердое происходит за счет:

кристаллизации
полимеризации
вулканизации

44. При полимеризации пластмассы быстрый нагрев кюветы приводит к образованию в базисе протеза:

трещин
газовой пористости
гранулярной пористости

45. Быстрое охлаждение кюветы приводит к образованию в базисе протеза:

трещин
газовой пористости
гранулярной пористости

46. Съемный пластиночный протез после приема пищи необходимо:

промыть водой
протереть спиртом
обработать крепким раствором марганцовки

47. Съемный пластиночный протез необходимо ночью хранить:

в кипяченой воде
в спиртовом растворе
в сухом виде
в растворе марганца

48. Припасовка съемного пластиночного протеза в полости рта проводится с помощью:

химического карандаша
гипса
копировальной бумаги

49. Припасовка съемного пластиночного протеза проводится:

зубным техником на модели
врачом в полости рта
зубным техником на модели, затем врачом в полости рта

50. Питievую соду добавляют в воду при хранении съемных протезов с целью:

дезодорирования
уничтожения гриба Candida
уничтожения привкуса пластмассы

51. Для протравливания эмали используют кислоту:

серную
трихлоруксусную
ортофосфорную

52. Протравливание эмали проводится для усиления:

бактерицидных свойств композитов
краевого прилегания композитов

53. Раскрытие полости зуба необходимо:

для улучшения фиксации пломбы и восстановления формы зуба
для обеспечения доступа к корневым каналам

54. Согласно классификации Блэка, кариозные полости локализуются на контактной поверхности моляров и премоляров:

I класс
II класс
III класс
IV класс
V класс

55. Согласно классификации Блэка, кариозные полости локализуются на контактной поверхности резцов и клыков:

I класс
II класс
III класс

IV класс

V класс

56. Согласно классификации Блэка, кариозные полости локализуются на контактной поверхности резцов и клыков с разрушением режущего края:

I класс

II класс

III класс

IV класс

V класс

57. Факторы, предрасполагающие к возникновению системной гипоплазии зубов постоянного прикуса:

низкое содержание фтора в питьевой воде

неполноценное питание матери в период беременности

заболевание матери в период беременности

заболевание ребенка на первом году жизни

58. Гипоплазия эмали зубов, развивающаяся на фоне нарушения обмена веществ, носит характер:

системный

местный

59. Пульпа зуба представляет собой рыхлую соединительную ткань, состоящую из:

основного вещества, сосудов и нервов

сосудов, нервов, клеточных и волокнистых элементов

клеточных, волокнистых элементов, основного вещества, сосудов и нервов

60. Устье корневых каналов разделяет пульпу более выражено на коронковую и корневую в зубах:

многокорневых

однокорневых

61. Физиологическая верхушка отстоит от анатомической на:

1-2 мм

3-4 мм

0-1 мм

62. Артерии пульпы анастомозы:

имеют

не имеют

63. При хронических формах периодонтита результаты ЭОД:

60 мкА

100 мкА

150 мкА

200 мкА

300 мкА

64. При лечении хронического фиброзного периодонтита корневой канал пломбируют:

до анатомического верхушечного отверстия

за верхушечное отверстие

65. Температурная проба при хронических формах периодонтита:

резко болезненна
болезненна
безболезненна

66. Для химического расширения труднопроходимого канала корня зуба используют:
трихлоруксусную кислоту
трилон-В (10-20%)
ЭДТА 20% водный раствор

67. Пародонт-это:
зуб, десна, периодонт
десна, периодонт, кость альвеолы
десна, периодонт, кость альвеолы, цемент корня

68. Альвеолярная десна – это:
десневой сосочек и десна вокруг зуба
десна, окружающая зуб
десна, покрывающая альвеолярный отросток

69. Маргинальная десна-это:
десневой сосочек и десна вокруг зуба
десна, окружающая зуб
десна, покрывающая альвеолярный отросток

70. Пародонтит – заболевание:
воспалительное
воспалительно-дистрофическое
дистрофическое
опухолевидное

71. Пародонтоз – заболевание:
воспалительное
воспалительно-дистрофическое
дистрофическое
опухолевидное

72. Пузырек относят к элементам поражения:
первичным
вторичным

73. Гнойничок относят к элементам поражения:
первичным
вторичным

74. Пузырь относят к элементам поражения:
первичным
вторичным

75. Волдырь относят к элементам поражения:
первичным
вторичным

76. Оптимальная концентрация фторида в питьевой воде в районах с умеренным климатом составляет (мг/л):

- 0,2;
- 0,5;
- 1,0
- 1,5

77. В зубной камень минерализуется:

- зубной налет;
- зубная бляшка;
- пелликула;
- кутикулу

78. При каком из перечисленных ниже заболеваний имеется наряду с челюстными костями поражение плоских костей черепа, таза, лопатки, которые выявляются рентгенологически?

- доброкачественная наследственная нейтропения;
- диабет;
- гипоиммуноглобулинемия;
- синдром Папийона-Лефевра;
- X-гистотиоцитоз.

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

- фторид натрия;
- карбонат кальция;
- экстракты лекарственных растений;
- карбамид

80. Проявления в полости рта имеет

- болезнь Леттерера-Зиве;
- болезнь Крисчен-Шуллера;
- болезнь Таратынова;
- X-гистиоцитоз;
- любое из названных.

81. Герметизацию фиссур показано проводить после прорезывания зуба:

- сразу;
- через 2-3 года;
- через 4-6 лет;
- в течение всей жизни.

82. Пломбировочный материал, применяемый для лечения глубокого кариеса в постоянных зубах с несформированными корнями у детей:

- керметные цементы
- стеклоиономерные цементы
- компомеры
- ормомеры

83. Предпочтительный метод лечения несформированного однокорневого зуба при хроническом фиброзном пульпите:

- девитальная ампутация
- девитальная экстирпация
- витальная ампутация

витальная экстирпация
биологический

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

распространенностью стоматологического заболевания
интенсивностью стоматологического заболевания
стоматологической заболеваемостью населения

85. Катаральный гингивит легкой степени включает воспаление десны
папиллярной
папиллярной и маргинальной
маргинальной и альвеолярной
папиллярной, маргинальной, альвеолярной

86. Для реминерализующей терапии используют раствор «Ремодента» в концентрации:
1%;
3%;
5%;
10%.

87. При лечении кариеса временных моляров можно без прокладки применять:
амальгаму
силидонт
стеклоиономерные цементы
эвикрол

88. При интактном пародонте десневая борозда содержит:
микробные ассоциации
экссудат
десневую жидкость
грануляционную ткань

89. При проведении профессиональной гигиены удаление остатков мягкого зубного налета с поверхностей зубов производят с помощью:
резиновых колпачков и полировочных паст;
зубной щетки и зубной пасты;
скалера;
экскаватора;
флоссов

90. Рациональная тактика при хроническом пульпите временных зубов у ребенка, страдающего пиелонефритом:
использование резорцин-формалинового метода
пломбирование каналов пастой на масляной основе
удаление зуба

91. Уровень проницаемости эмали зубов с возрастом:
увеличивается
снижается
не изменяется

92. Что характерно для аппаратов механического действия:
наличие наклонной плоскости

наличие накусочной площадки
наличие резиновой тяги, ортодонтического винта, проволоки, лигатуры.
наличие губных пелотов

93. Какие зубы являются опорными в аппарате Энгеля:

моляры
премоляры
клыки
резцы

94. К моменту рождения в норме нижняя челюсть:

меньше верхней
больше верхней
равна верхней

95. Как обозначается передний отдел основания черепа на ТРГ:

N-Se
MT4
MT2
SpP

96. Хронический деструктивный остеомиелит дифференцируют:

с периодонтитом
с саркомой Юинга
с остеогенной саркомой

97. Деструктивная форма хронического остеомиелита чаще встречается у детей:

10-12 лет
3-5 лет
12-15 лет
6 мес. - 1 года

98. К осложнениям возникшем после операции удаления зуба относятся:

альвеолит
перелом корня
вывих соседнего зуба

99. Одновременная блокада нижнелуночкового и язычного нервов происходит при анестезии:

торусальной
мандибулярной
туберальной

100. К общему осложнению во время местного обезболивания относится:

анафилактический шок
гематома
поломка иглы

Вариант 10.

1. Природа кандидоза:

Аллергическая
Вирусная
Травматическая
Бактериальная
Грибковая

2. Диагноз кандидоза подтверждается исследованием:

Аллергологическим
Бактериологическим
Цитологическим
Иммуноградическим.

3. Основные симптомы при герпангине:

Интоксикация
Боли в горле при глотании
Рвот

4. Травматическая язва возникает в результате травмы:

Острой
Хронической
Подострой.

5. Возраст детей часто болеющих ОГС:

Ясельный
Дошкольный
Младший школьный
Старший школьный.

6. Поражение зубов при флюорозе относят:

К местным
К системным
Генетическим.

7. Профилактику флюороза проводят в возрасте:

До 5-6 лет
до 6-8 лет
До 8-10 лет.

8. Какой метод лечения хронического периодонтита временного резца следует избрать у ребенка 3-х лет из 3 диспансерной группы:

Консервативный
Комбинированный
Удаление зуба
.Резекцию верхушки корня.

9. ЭОД при хроническом периодонтите в постоянных зубах:

1-6 мкА
20-60 мкА
100 мкА

10. Острый инфекционный периодонтит является исходом:

Острый диффузного пульпита
Травмы зуба
Хронического фиброзного пульпит

11. Препараты, использующиеся для проведения апексификации:

Кальцидент
Витример
Дайрект.

12. Медикаментозное средство для антисептической обработки каналов:

Капрофер
Йодиол
гипохлорит натрия
Раствор Шиллера-Писарев

13. У детей преобладает остеомиелит челюстей этиологии:

Посттравматический
Одонтогенный
Неодонтогенный.

14. Основным методом обезболивания при удалении временных зубов на в\ч является анестезия:

Туберальная
Аппликационная
Инфильтрационная.

15. Потеря сознания характерна:

Для обморока
Для анафилактического шок

16. Затрудненное открывание рта является ведущим симптомом при абсцессе:

Крыловидно- челюстного пространства
Небном
Подглазничной области.

17. Типичным симптомом абсцесса челюстно-язычного пространства:

Воспалительная контрактура
Отек и гиперемия тканей щечной области
Отек и гиперемия тканей нижней губы.
Боль при глотании, ограниченное открывание рта

18. Лечение гематогенного остеомиелита:

Хирургическое
Консервативное
Комплексно

19. «Входными воротами» для инфекции при гематогенном остеомиелите может быть:

Ушиб мягких тканей лица
Периодонтит молочных зубов
Пупочный сепсис.

20. Сроки клинической консолидации костных отломков у детей до 7 лет:

7-10 дней
14-21 день

21-30 дней

21. В какой период эмбриогенеза начинается развитие ротовой полости:

На 3-ей недели

На 3-м месяце

На 4-м месяц

22. Какой метод биометрического исследования моделей челюстей используется для оценки длины апикального базиса:

Pont

Korkhaus

Howes- Снагиной

Хорошилкиной.

23. При каких расстройствах развиваются акромегалоидные деформации:

Гипотиреоз

Пониженная выработка соматотропного гормона гипофиза

Повышенная выработка соматотропного гормона гипофиз

24. Укажите минимальную продолжительность курса миогимнастики:

1 месяц

2 месяца

3-4 месяца

13 месяцев

25. Выберите регулирующие части ортодонтического аппарата:

Базис

Кламмер

Рукообразная пружин

X вариант

26. Согласно классификации Блэка, кариозные полости локализуются на жевательной поверхности моляров и премоляров:

I класс

II класс

III класс

IV класс

V класс

27. Иммунные зоны максимально сохраняются при препарировании по принципу:

профилактическому (по Блэку)

биологической целесообразности

28. Иммунные зоны располагаются:

на вестибулярных поверхностях и фиссурах

на фиссурах и буграх

на буграх и вестибулярных поверхностях

29. Глубокий кариес дифференцируют с:

средним кариесом

хроническим пульпитом

хроническим периодонтитом

флюорозом

30. Методы диагностики кариеса в стадии пятна:

окрашивание и ЭОД
ЭОД и рентгенография
рентгенография и термодиагностика
термодиагностика и люминесцентная стоматоскопия
люминесцентная стоматоскопия и окрашивание

31. Метод витального окрашивания выявляет очаги деминерализации эмали при:

эрозии эмали
кариесе в стадии белого пятна
клиновидном дефекте
гипоплазии
кариесе в стадии пигментированного пятна

32. Тетрациклиновую окраску зубов дифференцируют с:

гипоплазией эмали
флюорозом
кариесом в стадии пятна
эрозией эмали

33. Препараты тетрациклинового ряда не назначают детям в возрасте:

от 1 до 6 мес
от 1 года до 6 лет
от 6 мес до 6 лет
до 12 лет

34. Физиологическая верхушка отстоит от анатомической на:

1-2 мм
3-4 мм
0-1 мм

35. Пучки волокон в пульпе ориентированы типами:

диффузным
пучковым
диффузным и пучковым

36. Количество коллагеновых фибрилл в пульпе с возрастом:

уменьшается
увеличивается

37. В пульпе зуба определяют клеточные слои:

периферический и центральный
центральный и подповерхностный
периферический, подповерхностный, центральный

38. Минимальный срок восстановления костной ткани при деструктивных формах хронического периодонтита:

1-2 мес
6-9 мес
12-24 мес

39. Для проведения успешного лечения острого или хронического периодонтита корневые каналы должны быть:

хорошо проходимыми

изогнутыми
облитерированными

40. При выборе метода лечения хронического периодонтита наличие общесоматических заболеваний во внимание:

принимают
не принимают

41. Одонтогенный очаг инфекции очагово-обусловленные заболевания:

вызывает
не вызывает

42. Индекс пи определяет тяжесть:

гингивита
пародонтита
пародонтоза

43. Проба Кулаженко определяет состояние:

неспецифической резистентности
стойкость капилляров десны к вакууму
воспаление десны

44. Проба Ясиновского определяет состояние:

неспецифической резистентности
капилляров десны
воспаление десны

45. Проба Шиллера - Писарева определяет состояние:

неспецифической резистентности
капилляров десны
воспаление десны

46. Полярография применяется для определения:

состояния капилляров
микроциркуляции
парциального давления кислорода
парциального давления углекислого газа

47. Кисту относят к элементам поражения:

первичным
вторичным

48. Эрозию относят к элементам поражения:

первичным
вторичным

49. Язву относят к элементам поражения:

первичным
вторичным

50. Пигментацию относят к элементам поражения:

первичным
вторичным

51. Для премедикации применяют препараты:

малые транквилизаторы + анальгетики + гипосенсибилизирующие вещества
малые транквилизаторы + антибиотики + гипосенсибилизирующие вещества
малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики
малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики + гипосенсибилизирующие вещества
анальгетики + антибиотики

52. Торусальной анестезией исключаются нервы:

подбородочный, язычный
подбородочный, щечный
нижнечелюстные
нижнеальвеолярный, язычный, щечный
подглазничный, носонебный

53. Для снятия контрактуры жевательных мышц показано проведение анестезии:

по М.М. Вейсбрему
по Берше-Дубову
по Берше
мандибулярной
по Гоу-Гейтсу

54. При удалении второго моляра нижней челюсти производят первое движение:

ротацию
ротацию и люксацию
люксацию в язычную сторону
люксацию в щечную сторону
тракцию

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

синусит
альвеолит
вывихивание соседнего зуба
периостит челюсти
остеомиелит

56. Общей причиной длительного кровотечения из лунки является:

острый лейкоз
отлом части альвеолы
травма десны
острый воспалительный процесс
невралгия

57. Выполняя разрез при лечении флегмоны дна полости рта, можно повредить:

язык
скуловую кость
лицевую артерию
щитовидную железу
околоушную слюнную железу

58. Флегмону поднижнечелюстной области необходимо дифференцировать с:

тризмом
карбункулом нижней губы
флегмоной височной области
флегмоной щечной области

острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы

59. При неблагоприятном течении абсцесса окологлоточного пространства инфекция распространяется в:

щечную область
крылонебную ямку
заднее средостение
подвисочную ямку
околоушную слюнную железу

60. Причиной развития хронического одонтогенного остеомиелита челюстей является:

перелом челюсти
острый лимфаденит
снижение реактивности организма
наличие хронических очагов воспаления в челюсти
снижение реактивности организма, наличие хронических очагов воспаления в челюсти

61. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и отсутствии в ней воспалительных явлений необходимо:

провести верхнечелюстную синусотомию
динамическое наблюдение
промыть пазуху антисептиком
укрыть лунку йодоформным тампоном
закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

62. В основе развития ретенционных кист слюнных желез лежит:

опухоль
воспаление
родовая травма
нарушение оттока слюны
иммунные нарушения

63. Вторичными ранящими снарядами в челюстно-лицевую область называются:

разрывные пули
осколки снаряда
стреловидные элементы
зоны некротических изменений костной ткани
зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

64. Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании:

жалоб больного
размеров опухоли
жалоб больного, размеров опухоли
размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов
размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов

65. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости:

гематома
смещение отломков
воспалительная реакция
травма жевательных мышц
артрит височно-нижнечелюстного сустава

66. Боковой свищ шеи располагается в области:

щитовидной артерии
общей сонной артерии
лицевой артерии и вены
лицевой вены и верхней щитовидной артерии
внутренней яремной вены и наружной сонной артерии

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

в виде «тающего сахара»
с нечеткими границами в области образования
в виде нескольких полостей с четкими контурами
с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
в виде участков уплотнения и разрежения

68. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является:

прорастание кисты в полость носа
одиночная киста с одним корнем в полости
прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
большие размеры (более 3 зубов в полости)
деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

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

ткани дна полости рта
субдуральное пространство
околоушную слюнную железу
крылонебное венозное сплетение
венозные синусы головного мозга

70. Затрудненному прорезыванию третьего моляра (зуба мудрости) способствует:

микростома
аномальное положение
недоразвитие челюстей
сужение нижней челюсти
артрит височно-нижнечелюстного сустава

71. Причиной развития анкилоза ВНЧС является:

опухоль
мастоидит
околоушный гипергидроз
целлюлит околоушно-жевательной области
травма мышечковых отростков нижней челюсти

72. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о:

переломе нижней челюсти
суббазальном переломе верхней челюсти
суборбитальном переломе верхней челюсти
переломе альвеолярного отростка верхней челюсти
переломе костей носа

73. Неодонтогенное происхождение имеет:

носо-губная киста
кератокиста
радикулярная киста

фолликулярная киста
амелобластома

74. Основным клиническим симптомом первичного рака нижней челюсти является:

гиперсаливация
обнажение кости
подвижность интактных зубов
парез мимической мускулатуры
эрозия, язва с инфильтрированными краями

75. Артеризованный лоскут на питающей ножке состоит из тканей:

расщепленной кожи
кожи и подкожно-жировой клетчатки
кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
кожи, подкожной клетчатки, мышцы и кости
кожи, подкожной клетчатки и сосудистого пучка

76. Суставной признак центральной окклюзии. Суставная головка находится:

на скате суставного бугорка
у основания суставного бугорка
на вершине суставного бугорка

77. В положении центральной окклюзии мышцы, поднимающие нижнюю челюсть:

равномерно напряжены
расслаблены
неравномерно напряжены

78. Двусторонний дистально не ограниченный дефект зубного ряда по классификации Кеннеди относится к классу:

первому
второму
третьему
четвертому

79. Односторонний дистально не ограниченный дефект зубного ряда по классификации Кеннеди относится к классу:

первому
второму
третьему
четвертому

80. Дефект зубного ряда в области фронтальных зубов по классификации Кеннеди относится к классу:

первому
второму
третьему
четвертому

81. Искусственные пластмассовые зубы соединяются с базисом пластиночного протеза:

механически
химически
при помощи клея

82. Искусственные фарфоровые зубы соединяются с базисом пластиночного протеза:

механически

химически
при помощи клея

83. По способу передачи жевательного давления съемные пластиночные протезы относятся:
к физиологическим
к полуфизиологическим
к нефизиологическим

84. Съемный пластиночный протез с удерживающими кламмерами передает жевательное давление:
на естественные зубы
на жевательные мышцы
на слизистую оболочку полости рта
на слизистую оболочку и естественные зубы

85. Анатомический слепок снимают с челюсти:
стандартной ложкой
индивидуальной ложкой с применением функциональных проб
индивидуальной ложкой без применения функциональных проб

86. В положении центральной окклюзии мышцы, поднимающие нижнюю челюсть, находятся в состоянии:
напряжения
относительного физиологического покоя
полного расслабления

87. Базисный воск выпускается в виде:
прямоугольных пластинок
кубиков
круглых палочек
круглых полосок
пластинок округлой формы

88. Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели:
фиксированные в окклюдатор
с восковыми базисами и окклюдационными валиками
с восковыми базисами и окклюдационными валиками, фиксированные в окклюдаторе

89. Для предотвращения деформации воскового базиса его укрепляют:
быстротвердеющей пластмассой
гипсовым блоком
металлической проволокой
увеличением толщины воска

90. Восковую конструкцию для определения центральной окклюзии изготавливают:
из липкого воска
из моделировочного воска
из базисного воска
из бюгельного воска

91. При нанесении ориентиров для постановки искусственных зубов линия, опущенная от крыла носа, соответствует:
медиальной поверхности клыка
дистальной поверхности клыка
середине клыка

середине первого премоляра
постановке центральных и боковых резцов

92. Наиболее объективным методом определения высоты нижнего отдела лица является:
анатомический
анатофо-физиологический
антропометрический

93. Оптимальное расположение кламмерной линии на верхней челюсти:
диагональное
сагиттальное
поперечное

94. Оптимальное расположение кламмерной линии на нижней челюсти:
диагональное
сагиттальное
поперечное

95. Плечо удерживающего кламмера должно:
иметь точечный контакт с вестибулярной поверхностью зуба
прилегать к вестибулярной поверхности зуба на всем протяжении

96. При расположении протеза на челюсти (в покое) плечо кламмера должно:
оказывать давление на опорный зуб
быть пассивным
отстоять от поверхности зуба

97. На этапе проверки конструкции съемного протеза в клинику поступает:
восковой базис с окклюзионными каликами на гипсовой модели
пластмассовый базис с зубами и кламмерами
восковой базис с зубами и кламмерами на гипсовой модели в окклюдаторе

98. Этап проверки конструкции пластиночного протеза начинают:
с определения высоты нижнего отдела лица
с введения протеза в полость рта
с введения в полость рта восковых базисов с зубами и кламмерами
с оценки качества изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе

Выберите соответствие:

99. Иннервация челюстей осуществляется ветвями тройничного нерва

- | | |
|------------|------------------|
| 1) верхняя | а) первой парой |
| 2) нижняя | б) второй парой |
| | в) третьей парой |

100. Мышцы, участвующие в движении нижней челюсти

- | | |
|----------------|----------------------------|
| 1) поднимающие | а) жевательные |
| 2) опускающие | б) подъязычные |
| | в) височные |
| | г) крыловидные латеральные |
| | д) крыловидные медиальные |