**Стом 2курс**

1. Вид местной анестезии, используемой при стоматологических вмешательствах:

1. интубационная

2. проводниковая

3. эпидуральная

4. внутривенная

2. Вид инфильтрационной анестезии, используемой в полости рта:

1. подкожная

2. интубационная

3. интралигаментарная

4. эпидуральная

3. Клинические ситуации, указывающие на необходимость общего обезболивания:

1. аллергические реакции на анестетики

2. множественный кариес зубов

3. высокая температура

4. подвижность зубов

4. При удалении премоляров верхней челюсти применяют местную анестезию:

1. инфильтрационную

2. торусальную

3. резцовую

4. мандибулярную

5. При удалении моляров верхней челюсти применяют местную анестезию:

1. торусальную

2. инфраорбитальную

3. туберальную

4. ментальную

6. При удалении резцов нижней челюсти применяется анестезия:

1. палатинальная

2. инфраорбитальная

3. инфильтрационная с оральной и вестибулярной стороны

4. резцовая и инфильтрационная с вестибулярной стороны

7. При удалении премоляров нижней челюсти применяется анестезия:

1. инфильтрационная

2. резцовая

3. торусальная

4. палатинальная

8. При удалении моляров нижней челюсти применяется анестезия:

1. инфильтрационная

2. туберальная

3. ментальная

4. по Гоу-Гейтсу

9. Подъязычный нерв иннервирует:

1. зубы верхней челюсти

2. слизистую оболочку неба

3. слизистую оболочку десны с язычной стороны

4. нижнюю губу и кожу подбородочной области

10. Скулоальвеолярный гребень расположен на уровне:

1. второго моляра

2. первого моляра

3. второго премоляра

4. первого премоляра

11. При проведении разреза на небе в области верхних резцов рекомендуется анестезия:

1. палатинальная

2. резцовая

3. подглазничная

4. туберальная

12. При проведении разреза с вестибулярной стороны в области верхних моляров наилучший эффект обезболивания достигается при анестезии:

1. туберальной

2. резцовой

3. палатинальной

4. подглазничной

13. Туберальная анестезия блокирует ветви:

1. передние верхние альвеолярные

2. средние верхние альвеолярные

3. задние верхние альвеолярные

4. глазничного нерва

14. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:

1. I

2. II

3. III

4. IV

15. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:

1. I

2. II

3. III

4. IV

16. Из полости черепа верхнечелюстной нерв выходит через:

1. овальное отверстие в подвисочную ямку

2. круглое отверстие в крылонебную ямку

3. foramen infraorbitale в fossa canina

4. верхнеглазничную щель в глазницу

17. Из полости черепа нижнечелюстной нерв выходит через:

1. овальное отверстие

2. круглое отверстие

3. подглазничное отверстие

4. верхнеглазничную щель

18. Анестетики на основе мепивакаина относятся к группе:

1. сложных эфиров

2. амидов

3. щелочей

4. спиртов

19. Направление иглы при проведении инфраорбиталыюй анестезии:

1. кверху, кзади, кнутри

2. кверху, кзади, кнаружи

3. книзу, кзади, кнутри

4. книзу, кзади, кнаружи

20. Направление иглы при проведении туберальной анестезии:

1. кверху, кзади, кнутри

2. кверху, кзади, кнаружи

3. книзу, кзади, кнутри

4. книзу, кзади, кнаружи

21. Направление иглы при блокаде большого небного нерва:

1. кверху, кзади, кнутри

2. кверху, кзади, кнаружи

3. книзу, кзади, кнутри

4. книзу, кзади, кнаружи

22. Направление иглы при блокаде носо-небного нерва:

1. кверху, кнутри

2. кверху, кзади

3. книзу, кнутри

4. книзу, кзади

23. Местным осложнением при проводниковом обезболивании является:

1. гематома

2. коллапс

3. обморок

4. анафилактический шок

24. Анестезия по Вайсблату блокирует ветви тройничного нерва:

1. I и II

2. II и III

3. I и III

4. II и IV 5) I и IV

25. Нижний луночковый нерв иннервирует:

1. зубы верхней челюсти

2. зубы нижней челюсти

3. подъязычную область

4. 2/3 языка

26. В зону иннервации ментального нерва входят:

1. моляры

2. альвеолярный отросток в области моляров

3. подбородок, губа, резцы, клыки и премоляры нижней челюсти

4. костная ткань ветви нижней челюсти

27. Подбородочный нерв блокируется при анестезии:

1. мандибулярной и ментальной

2. резцовой и инфраорбитальной

3. резцовой и туберальной

4. туберальной и палатинальной

28. Нижний луночковый нерв блокируется при анестезии:

1. мандибулярной

2. ментальной

3. инфраорбитальной

4. туберальной

29. Задние верхние альвеолярные нервы выключаются анестезией:

1. мандибулярной

2. ментальной

3. инфраорбитальной

4. туберальной

30. Передние и средние верхние альвеолярные нервы выключаются анестезией:

1. мандибулярной

2. торусальной

3. инфраорбитальной

4. туберальной

31. В зону иннервации язычного нерва входит:

1. задняя треть языка

2. передние 2/3 языка

3. слизистая оболочка глотки

4. слизистая оболочка переходной складки

32. Зона иннервации задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного нерва:

1. кожа и слизистая щеки

2. альвеолярный отросток и моляры нижней челюсти

3. альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти

4. бугор, альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти

33. Выключение язычного нерва осуществляется при анестезии:

1. торусальной

2. туберальной

3. ментальной

4. инфраорбитальной

34. Зона иннервации средних верхних альвеолярных ветвей подглазничного

1. премоляры нижней челюсти

2. моляры верхней челюсти

3. моляры нижней челюсти

4. премоляры верхней челюсти

35. В зону иннервации передних верхних альвеолярных ветвей подглазничного нерва входят зубы:

1. фронтальные верхней челюсти

2. фронтальные нижней челюсти,

3. жевательные верхней челюсти

4. жевательные нижней челюсти

36. В зону иннервации нижнелуночкового нерва входят:

1. зубы верхней челюсти

2. зубы нижней челюсти

3. передние 2/3 языка

4. небо

38. Местным осложнением при обезболивании является:

1. обморок

2. контрактура нижней челюсти

3. анафилактический шок

4. коллапс

39. Общим осложнением при обезболивании является:

1. кровотечение

2. контрактура

3. обморок

4. некроз

40. Зона иннервации носо-небного нерва:

1. слизистая оболочка с вестибулярной стороны в области резцов

2. слизистая оболочка, твердое небо у резцов, до клыков

3. зубы верхней челюсти от клыка до клыка

4. альвеолярный отросток верхней челюсти

41. К видам общего обезболивания относят:

1. внутрипульпарное

2. спонгиозное

3. нейролептаналгезию

4. интралигаментарное

42. К методу инфильтрационной анестезии относится:

1. мандибулярная

2. субпериостальная

3. инфраорбитальная

4. резцовая

43. При общем обезболивании происходит:

1. обратимое торможение ЦНС

2. необратимое торможение ЦНС

3. блокада периферических нервных рецепторов

4. блокада основного нервного ствола

44. Для премедикации применяют препараты:

1. малые транквилизаторы + анальгетики + гипосенсибилизирующие вещества

2. малые транквилизаторы + антибиотики + гипосенсибилизирующие вещества

3. малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики

4. малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики + гипосенсибилизирующие вещества

45. Вазоконстрикторы вызывают:

1. расширение сосудов

2. сужение сосудов

3. гиперемию кожных покровов

4. парестезии

46. При местном обезболивании выключается болевой синдром:

1. психоэмоциональный

2. вегетативный

3. сенсорный

4. двигательный

47. Скос иглы при инъекционном обезболивании направляется к кости под углом (в градусах):

1. 90

2. 60-70

3. 50-55

4. 30-45

48. Инфраорбитальная анестезия проводится у отверстия:

1. большого небного

2. резцового

3. подглазничного

4. нижнечелюстного

49. Блокада носо-небного нерва осуществляется у отверстия:

1. большого небного

2. резцового

3. подглазничного

4. нижнечелюстного

50. Депо анестетика при мандибулярной анестезии создают у отверстия:

1. большого небного

2. резцового

3. подглазничного

4. нижнечелюстного

51. Ориентир для аподактильного способа мандибулярной анестезии:

1. моляры нижней челюсти

2. ретромолярный треугольник

3. височный гребешок

4. крылочелюстная складка

52. Ориентир для проведения пальпаторной мандибулярной анестезии:

1. зубы верхней челюсти

2. ретромолярный треугольник

3. височный гребешок

4. крылочелюстная складка

53. При торусальной анестезии происходит блокада нервов:

1. щечного, нижнелуночкового, язычного.

2. носонебного, нижнелуночкового, подбородочного

3. щечного, нижнелуночкового, небного

4. нижнелуночкового, небного

54. Передние верхние альвеолярные ветви являются ветвями нерва:

1. подглазничного

2. резцового

3. скулового

4. глазничного

55. Задние верхние альвеолярные ветви блокируются анестезией:

1. торусальной

2. инфраорбитальной

3. туберальной

4. палатинальной

56. Щечным нервом иннервируется;

1. кожа подбородка

2. слизистая оболочка твердого неба

3. премоляры

4. слизистая десны у зубов 4.7, 4.6, 4.5 и 3.5, 3.6, 3.7

57. Анестезией по Берше выключаются нервы:

1. язычные

2. нижнечелюстные

3. задние верхние альвеолярные

4. подбородочные

58. Торусальной анестезией выключаются нервы:

1. подбородочный, язычный

2. подбородочный, щечный

3. нижнечелюстные

4. нижнеальвеолярный, язычный, щечный

59. Обезболиванием у большого небного отверстия прерывается проводимость нервов:

1. большого небного

2. носонебного

3. нижнеальвеолярного

4. верхнего заднего альвеолярного

60. Обезболивание по Вейсбрему проводится в области:

1. бугра верхней челюсти

2. нижнечелюстного возвышения

3. большого небного отверстия

4. резцового отверстия

61. Для снятия контрактуры жевательных мышц показано проведение анестезии:

1. по М.М. Вейсбрему

2. по Берше-Дубову

3. по Берше

4. мандибулярной

62. Зона иннервации носонебного нерва:

1. десна в области резцов

2. резцы и клыки верхней челюсти

3. слизистая твердого неба до середины клыков

4. слизистая оболочка средних носовых ходов

63. Разрез по переходной складке с вестибулярной стороны в области 1.4 или 2.4 зубов делают под анестезией:

1. туберальной

2. торусальной

3. подглазничной

4. резцовой

64. Разрез по переходной складке с вестибулярной стороны в области 1.6, 1.7 или 2.6, 2.7 зубов делают под анестезией:

1. туберальной

2. торусальной

3. резцовой

4. подглазничной

65. При проведении анестезии по Гоу-Гейтсу в зону обезболивания входят зубы:

1. резцы верхней челюсти

2. премоляры верхней челюсти

3. моляры верхней челюсти

4. моляры нижней челюсти

66. Верхнечелюстной нерв блокируют:

1. в крылонебной ямке

2. в подвисочной ямке

3. у овального отверстия

4. в крыловидно-челюстном пространстве

67. Анатомическим ориентиром для проведения стволовых анестезий является:

1. крыловидно-челюстная складка

2. скулоальвеолярный гребень

3. наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

4. височный гребешок

68. Удаление 3.7 и 4.7 зуба наиболее эффективно под анестезией:

1. мандибулярной

2. туберальной

3. щечной и ментальной

4. торусальной

69. Удаление 1.2 и 2.2 зубов эффективно проводить под анестезией:

1. инфильтрационной с вестибулярной стороны

2. инфильтрационной с вестибулярной стороны и резцовой

3. инфраорбитальной

4. туберальной

70. Для удаления 1.3 и 2.3 зубов необходимо провести анестезию:

1. инфильтрационную с вестибулярной и оральной стороны

2. инфраорбитальную и небную .

 3) туберальную

4/ инфраорбитальную и резцовую

71. Мандибулярной анестезией выключают нервы:

1. щечный и язычный

2. язычный и нижнеальвеолярный

3. ушно-височный и щечный

4. средние верхние альвеолярные ветви

72. Торусальной анестезией выключают нервы:

1. язычный, нижнеальвеолярный, щечный

2. задние верхние альвеолярные ветви

3. средние верхние альвеолярные ветви

4. щечный и нижнеальвеолярный

73. При проведении инфраорбитальной анестезии внутриротовым методом вкол иглы делают в переходную складку между:

1. боковым резцом и клыком

2. клыком и первым премоляром

3. первым и вторым премоляром

4. центральным и боковым резцами

74. Средние верхние альвеолярные ветви блокируют анестезией:

1. туберальной

2. торусальной

3. инфраорбитальной

4. анестезией по Берше-Дубову

75. При операции удаления 1.6 зуба необходимо провести инфильтрационную анестезию:

1. по переходной складке с вестибулярной стороны

2. по переходной складке с вестибулярной и небной сторон

3. с небной стороны

4. у бугра верхней челюсти

76. При лечении пульпита 1.6 зуба методом витальной экстирпации необходимо провести анестезию:

1. по переходной складке с вестибулярной стороны

2. по переходной складке с вестибулярной и небной сторон

3. с небной стороны

4. в области резцового отверстия

77. При операции удаления премоляра верхней челюсти проводят анестезию:

1. инфраорбитальную

2. инфраорбитальную и инфильтрационную с небной стороны

3. инфильтрационную с вестибулярной стороны

4. туберальную

78. При депульпировании премоляра верхней челюсти проводят анестезию:

1. инфильтрационную с вестибулярной стороны

2. инфильтрационную с небной стороны

3. инфильтрационную с вестибулярной и небной сторон

4. в области большого небного отверстия

79. При операции удаления 1.2 зуба проводят анестезию:

1. инфраорбитальную

2. инфильтрационную с небной стороны

3. инфраорбитальную и резцовую

4. в области большого небного отверстия

80. При проведении метода витальной экстирпации 2.2 зуба проводят анестезию:

1. инфильтрационную с вестибулярной и небной поверхностей

2. в области большого небного отверстия

3. в области резцового отверстия

4. инфильтрационную с вестибулярной стороны

81. При проведении операции удаления 3.7 зуба необходимо провести анестезию:

1. мандибулярную

2. мандибулярную и щечную

3. в области щечного нерва

4. в области язычного нерва

82. При лечении глубокого кариеса 3.6 зуба проводят анестезию:

1. инфильтрационную с вестибулярной стороны

2. туберальную

3. мандибулярную

4. инфильтрационную с язычной стороны

83. При проведении операции удаления 3.4 зуба проводят анестезию:

1. мандибулярную

2. инфильтрационную с язычной стороны

3. инфильтрационную с вестибулярной стороны

4. ментальную

84. При лечении пульпита методом витальной экстирпации 3.3 зуба необходимо провести анестезию:

1. инфильтрационную с язычной стороны

2. туберальную

3. ментальную и инфильтрационную с язычной стороны

4. ментальную

85. При удалении резцов нижней челюсти используют анестезию:

1. ментальную

2. инфильтрационную с вестибулярной стороны

3. инфильтрационную с язычной стороны

4. инфильтрационную с вестибулярной и язычной сторон

86. При депульпировании резцов нижней челюсти используют анестезию:

1. инфильтрационную с язычной стороны

2. инфильтрационную с вестибулярной стороны

3. инфраорбитальную

4. инфильтрационную с вестибулярной и язычной сторон

87. При операции удаления 4.8 зуба необходимо провести анестезию:

1. торусальную

2. инфраорбитальную

3. туберальную

4. ментальную

88. При проведении мандибулярной анестезии причиной развития контрактуры нижней челюсти является ранение мышцы:

1. внутренней крыловидной

2. латеральной крыловидной

3. жевательной

4. щечной

89. При переломе иглы во время проведения мандибулярной анестезии:

1. удаляют иглу

2. делают разрез в области крыловидно-нижнечелюстной складки

3. проводят повторную анестезию

4. госпитализируют больного

90. 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

91. Для удаления зубов применяются инструменты:

1. зеркало, пинцет

2. пинцет, зонд

3. элеватор, щипцы

4. шпатель, пинцет

92. Для удаления зубов и корней применяются элеваторы конструкции:

1. прямой, угловой

2. S-образной

3. клювовидной

4. конусовидной

93. Врач при удалении левых премоляров и моляров нижней челюсти находится от больного:

1. спереди и справа

2. справа и сзади

3. сзади и слева

4. слева и спереди

94. Врач при удалении правых премоляров и моляров нижней челюсти находится от больного:

1. спереди и слева

2. справа и сзади

3. сзади и слева

4. справа и спереди

95. Для удаления фронтальной группы зубов верхней челюсти применяются щипцы:

1. прямые со сходящимися щечками

2. прямые с несходящимися щечками

3. S-образные с несходящимися щечками

4. клювовидные с несходящимися щечками

96. Перед операцией удаления зуба щипцами хирург проводит манипуляцию:

1. люксацию

2. фиксацию

3. сепарацию

4. тракцию

97. Для удаления нижних резцов и клыков используют инструменты:

1. клювовидные щипцы

2. прямые щипцы

3. S-образные щипцы

4. штыковидные щипцы

98. Для удаления нижних премоляров используют щипцы:

1. клювовидные с шипами

2. клювовидные без шипов

3. S-образные

4. прямые

99. Для удаления нижних моляров используют щипцы:

1. клювовидные с шипами

2. клювовидные без шипов

3. штыковидные

4. прямые

100. Для удаления верхних резцов и клыков используют щипцы:

1. клювовидные без шипов

2. прямые

3. S-образные

4. штыковидные

101. Для удаления верхних премоляров используют щипцы:

1. прямые

2. S-образные с шипом

3. S-образные без шипа

4. клювовидные

102. Для удаления верхних моляров используют инструменты:

1. прямые щипцы

2. S-образные щипцы с шипом

3. S-образные щипцы без шипа

4. клювовидные щипцы

103. Для удаления третьих верхних моляров используют инструменты:

1. штыковидный элеватор

2. клювовидные щипцы без шипов

3. угловые элеваторы

4. специальные щипцы

104. Для удаления третьих нижних моляров используют инструменты:

1. штыковидный зонд

2. щипцы, изогнутые по плоскости

3. S-образные щипцы без шипа

4. прямые щипцы

105. Заключительным этапом при удалении корней зубов является:

1. ротация

2. тракция

3. сепарация

4. кюретаж

106. При удалении зубов с сохраненной коронкой применяются:

1. щипцы со сходящимися щечками

2. щипцы с несходящимися щечками

3. элеваторы прямые

4. элеваторы угловые

107. Для обработки лунки после удаления зуба применяют:

1. элеватор

2. кюретажную ложку

3. зонд

4. серповидную гладилку

108. В области дна верхнечелюстной пазухи близко располагаются корни зубов:

1. резцов и клыков

2. клыков и премоляров

3. премоляров и моляров

4. моляров и резцов

109. При операции удаления корней центральных резцов верхней челюсти применяется:

1. штыковидный элеватор

2. прямые щипцы со сходящимися щечками

3. клювовидные щипцы со сходящими щечками

4. S-образные щипцы

110. При удалении шестого зуба нижней челюсти производят первое движение:

1. ротацию

2. ротацию и люксацию

3. люксацию в язычную сторону

4. люксацию в щечную сторону

111. Для удаления корней верхних премоляров предназначены щипцы с щечками:

1. прямые с несходящимися

2. S-образные с несходящимися

3. S-образные со сходящимися

4. клювовидные со сходящимися

112. Для удаления правых верхних моляров с сохраненной коронкой предназначены щипцы:

1. S-образные с шипом справа

2. S-образные с несходящимися щечками без шипа

3. S-образные с шипом слева

4. штыковидные

113. Для удаления корней верхних моляров предназначены щипцы:

1. S-образные с несходящимися щечками

2. S-образные с шипами

3. прямые со сходящимися щечками

4. штыковидные

114. Для удаления корней нижних зубов предназначены щипцы:

1. клювовидные с шипами

2. клювовидные со сходящимися щечками

3. изогнутые по плоскости с шипами

4. S-образные со сходящимися щечками

115. Прием ротации производят при удалении:

1. моляров нижней челюсти

2. премоляров верхней челюсти

3. моляров верхней челюсти

4. резцов верхней челюсти

116. При удалении второго моляра нижней челюсти производят первое движение:

1. ротацию

2. ротацию и люксацию

3. люксацию в язычную сторону

4. люксацию в щечную сторону

117. Показанием к срочному удалению зуба является:

1. дистопированные зубы

2. хронический пульпит

3. разрушение коронки зуба

4. некупируемое гнойное воспаление в периодонте

118. Показанием к плановому удалению зуба является:

1. острый остеомиелит

2. острый периостит

3. подвижность зуба 3 степени

4. хронический пульпит

119. Первым движением при удалении шестого зуба верхней челюсти является:

1. ротация

2. люксация и ротация

3. люксация в небную сторону

4. люксация в щечную сторону

120. Для удаления моляров на нижней челюсти при затрудненном открывании полости рта применяются:

1. . щипцы изогнутые по плоскости

2. клювовидные щипцы со сходящимися щечками

3. клювовидные щипцы с шипами

4. элеватор Леклюза

121. При тампонировании лунки йодоформную турунду извлекают:

1. на 2 день

2. на 5-7 день

3. на 12-14 день

4. через три недели

122. При удалении восьмого зуба на нижней челюсти рекомендуется пользоваться штыковидным элеватором при следующем состоянии зубного ряда:

1. отсутствии 7 зуба

2. отсутствии 6 зуба

3. подвижности III степени 6 и 7 зубов

4. наличии устойчивых 6 и 7

123. Для удаления разъединенных корней 3,7 применяется:

1. угловой элеватор

2. S-образные щипцы

3. штыковидный элеватор

4. прямые щипцы

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

1. синусит

2. альвеолит

3. вывихивание соседнего зуба

4. периостит челюсти

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

1. невралгия тройничного нерва

2. артрит височно-нижнечелюстного сустава

3. паротит

4. луночковое кровотечение

126. После сложного удаления 4.8 зуба следует назначить больному:

1. холод на область угла нижней челюсти

2. тепловой компресс

3. компресс с мазью Вишневского

4. компресс с вазелином

127. Местной причиной кровотечения после удаления зуба является:

1. нарушение свертываемости крови

2. травма мягких тканей

3. повышенное давление

4. хронический гломерулонефрит

128. Способом остановки кровотечения из глубины лунки является:

1. наложение кристаллов перманганата калия

2. тампонада устья лунки

3. тугая тампонада лунки

4. наложение швов на рану

129. Общей причиной кровотечения после удаления зуба является:

1. острый воспалительный процесс в костной ткани

2. разрыв десны

3. гемофилия

4. отлом альвеолярного края

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

1. перфорация верхнечелюстной пазухи

2. перелом мыщелкового отростка

3. обморок

4. онемение нижней губы

131. Местным осложнением после операции удаления зуба является:

1. перелом корня зуба

2. альвеолит лунки

3. паротит

4. анафилактический шок

132. Местным осложнением во время операции удаления зуба является:

1. перелом коронки или корня зуба

2. альвеолит

3. остеомиелит лунки

4. паротит

133. При проталкивании корня в верхнечелюстную пазуху ошибочным действием врача является:

1. удаление корня через лунку

2. наложение йодоформного тампона на устье лунки

3. фиксация тампона в устье лунки

4. удаление корня в стационаре

134. Наиболее часто смещение зубов в толщу мягких тканей происходит при удалении:

1. 2.4 и 1.4

2. 3.8 и 4.8

3. 3.6 и 4.6

4. 1.8 и 2.8

135. Отлом бугра верхней челюсти может произойти при удалении зубов:

1. 1.1 и2.1

2. 1.3 и 2.3

3. 3.4 и 4.4

4. 2.8 и 1.8

136. Общей причиной длительного кровотечения из лунки является:

1. острый лейкоз

2. отлом части альвеолы

3. травма десны

4. острый воспалительный процесс

137. Признаком вскрытия дна гайморовой пазухи является:

1. выделение крови из лунки удаленного зуба

2. выделение гноя из лунки удаленного зуба

3. кровотечение из носа

4. положительная ротоносовая проба

138. Местной причиной кровотечения из глубины лунки является:

1. гемофилия

2. прием антикоагулянтов

3. гипертоническая болезнь

4. травма нижней альвеолярной артерии

139. При вскрытии дна гайморовой пазухи следует провести:

1. тугую тампонаду лунки

2. прикрыть устье лунки йодоформной турундой на срок 5-7 дней

3. рыхлую тампонаду лунки йодоформной турундой на срок 2 дня

4. ушивание перфорации трапециевидным лоскутом

140. При проталкивании корня зуба в гайморову пазуху следует:

1. попытаться удалить его через лунку

2. сделать тугую тампонаду лунки

3. назначить физиотерапевтическое лечение

4. направить пациента в стационар

141. Наиболее часто перелом нижней челюсти возникает при удалении зуб

1. 3.5 или 4.5

2. 4.4 или 3.4

3. 3.8 или 4.8

4. 3.2 или 4.2

142. Перфорация дна гайморовой пазухи наиболее вероятна при удалении зубов:

1. 1.2, 2.2, 1.1, 2.1

2. 2.3, 1.3, 2.4, 1.4

3. 1.6, 2.6, 1.7, 2.7

4. 1.8, 2.8, 3.8, 4.8

143. Перелом нижней челюсти более вероятен при работе инструментами:

1. клювовидными щипцами без шипиков

2. элеватором Леклюза

3. клювовидными щипцами с шипиками

4. угловым элеватором «от себя»

144. Местной причиной кровотечения из лунки является:

1. повышенное артериальное давление

2. перелом межкорневой перегородки

3. разрыв мягких тканей

4. перелом корня

145. При кровотечении со дна лунки следует провести:

1. тугую тампонаду лунки йодоформной турундой

2. тампонаду устья лунки йодоформной турундой

3. удаление межкорневой перегородки

4. наложение на устье лунки гемостатической губки

146. 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

147. Для остановки кровотечения из стенок лунки проводят:

1. тампонаду йодоформной турундой

2. назначение гипотензивной терапии

3. переливание крови

4. сдавление кровоточащего участка кости

148. Для остановки кровотечения при повреждении мягких тканей применяют:

1. переливание крови

2. наложение швов на рану

3. общую гемостатическую терапию

4. антикоагулянты внутривенно

149. При вскрытии дна гайморовой пазухи проводят:

1. промывание раствором антисептика

2. ушивание лоскутом

3. тугую тампонаду лунки

4. аппликацию антибиотиками

150. При переломе корня неправильным действием врача является:

1. удаление полностью корня

2. оставление отломка корня в лунке

3. удаление грануляционной ткани

4. сглаживание острого края кости

151. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относится:

1. гипертонический криз

2. вывих височно-нижнечелюстного сустава

3. обморок

4. остеомиелит лунки

152. При проталкивании корня зуба в задние отделы подъязычной области во время удаления 3.8 и 4.8 производят:

1. рассечение мягких тканей над корнем

2. отслоение слизисто-надкостничного лоскута

3. ушивание лунки зуба

4. госпитализацию больного

153. К осложнениям, возникающим во время удаления восьмого зуба верхней челюсти, относится:

1. отлом бугра верхней челюсти

2. неврит носо-небного нерва

3. остеомиелит лунки

4. синусит

154. При разрыве десны во время операции удаления зуба показано:

1. тампонирование раны

2. наложение швов на десну

3. обработка раневой поверхности 1% р-ром йода

4. аппликация эпителизирующими средствами

155. Вывих нижней челюсти возможен при удалении зубов:

1. 2.4, 1.4

2. 1.3, 2.3

3. 4.1, 3,1

4. 4.7, 3.7

156. Окклюзия - частный случай артикуляции, характеризующийся:

1. всеми перемещениями нижней челюсти

2. смыканием зубов

3. разобщением зубных рядов

4. широким открыванием рта

157. Окклюдатор - аппарат, воспроизводящий:

1. все движения нижней челюсти

2. смыкание и размыкание челюстей

3. движения нижней челюсти влево

4. движения нижней челюсти вправо

158. Артикуляция - понятие, включающее в себя соотношение челюстей при:

1. центральной окклюзии

2. боковой окклюзии

3. передней окклюзии

4. всевозможных положениях нижней челюсти

159. Носогубные складки у больных при полной утрате зубов:

1. резко выражены

2. сглажены

3. асимметричны

4. не изменены

160. Высота окклюзионного валика:

1. 2 см

2. выше оставшихся зубов

3. ниже оставшихся зубов

4. на уровне оставшихся зубов

161. Окклюзионная кривая - линия, проведенная по:

1. режущим краям фронтальных зубов

2. режущим краям фронтальных зубов и щечным буграм премоляров и моляров

3. проекции верхушек корней зубов

4. жевательной поверхности премоляров и моляров 5) по вершинам бугров моляров

162. Центральная окклюзия характеризуется:

1. множественным фиссурно-бугорковым контактом

2. смещением влево резцовой линии

3. контактом жевательных групп зубов справа

4. напряжением мышц, опускающих нижнюю челюсть'

163. Центральная окклюзия хахактеризуется положением суставной головки:

1. у основания ската суставного бугорка

2. в суставной ямке центрально

3. у вершины суставного бугорка

4. за вершиной суставного бугорка

164. К режущим инструментам относятся:

1. алмазные боры

2. твердосплавные боры

3. резиновые головки

4. карборундовые камни

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

1. моделировочным

2. базисным

3. профильным (восколит)

4. бюгельным

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

1. окклюзионной поверхности

2. вестибулярной поверхности

3. контактных поверхностей

4. оральной поверхности

167. Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена:

1. виниром

2. фасеткой

3. вкладкой

4. коронкой

168. Штампованная коронка должна охватывать культю зуба:

1. плотно

2. с зазором 0,2 мм

3. с зазором для фиксирующего материала

4. в различных участках по-разному

169. Для сепарации зубов при одонтопрепарировании под искусственные коронки используют:

1. боры колесовидные

2. сепараторы

3. фрезы

4. односторонние сепарационные диски

170. По функции различают искусственные коронки:

1. литые

2. фасеточные

3. временные

4. пластмассовые

171. По конструкции различают искусственные коронки:

1. телескопические

2. частично-съемные

3. фасетки

4. восстановительные

172. Штифтовый зуб - ортопедическая конструкция, восстанавливающая дефект:

1. вестибулярной стенки зуба

2. зубного ряда - включенный

3. зубного ряда - концевой

4. коронковой части зуба

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

1. режущему краю фронтальных зубов

2. экватору всех групп зубов

3. проекции верхушек корней зубов

4. жевательной поверхности зубов

174. К абразивным инструментам для одонтопрепарирования относятся:

1. стальные боры

2. алмазные головки

3. твердосплавные боры

4. твердосплавные фрезы

175. При препарировании зубов под штампованные коронки культя зуба создается:

1. с параллельными стенками

2. с сохраненным экватором зуба

3. в виде конуса

4. в форме цилиндра

176. По функции различают искусственные коронки:

1. восстановительные, комбинированные

2. временные, с облицовкой

3. восстановительные, фиксирующие

4. опорные (фиксирующие), пластмассовые

177. Для изготовления культевой штифтовой вкладки значения ИРОПЗ составляют:

1. 0,1-0,2

2. 0,2-0,3

3. 0,3-0,5

4. более 0,8

178. Показанием к изготовлению штифтового зуба являются:

1. отлом коронки зуба по режущему краю

2. разрушение корня зуба

3. кариозная полость I класса по Блэку

4. разрушение коронковой части зуба

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

1. разрушенной коронкой зуба более 60%

2. значительными изменениями в периодонте

3. подвижностью III степени

4. некачественно запломбированными каналами

180. Основные требования к корню при изготовлении штифтового зуба:

1. наличие кистогранулем

2. положение корня над десной или на уровне десны

3. наличие искривления корня

4. наличие резорбции стенок корневого канала

181. Конструкция штифтового зуба представляет собой:

1. штампованную искусственную коронку

2. металлический штифт, введенный в корневой канал

3. штифт в корневом канале с искусственной коронкой

4. пластмассовую коронку

182. По методу изготовления различают коронки:

1. фиксирующие

2. цельнолитые

3. восстановительные

4. фасеточные

183. Противопоказание к изготовлению цельнолитных коронок:

1. разрушение коронки зуба

2. зубы с живой пульпой у взрослых

3. пломбирование корневых каналов на 3/4

4. зубы, пломбированные гуттаперчей

184. Угол Бенета равен:

1. 17°

2. 45°

3. 60°

4. 110°

185. Показанием к изготовлению мостовидного протеза является:

1. дефект коронковой части зуба

2. генерализованный гингивит

3. пародонтит тяжелой степени

4. включенный дефект зубного ряда

186. Артикуляторы - это приборы, воспроизводящие:

1. центральную окклюзию

2. боковую окклюзию

3. переднюю окклюзию

4. все положения и перемещения нижней челюсти

187. Искусственные коронки классифицируют по:

1. месторасположению

2. окклюзионным контактам

3. групповой принадлежности зубов

4. технологии изготовления

188. На модель наносятся ориентиры:

1. границы базиса

2. окклюзионной линии

3. углаБенета

4. зрачковой линии

189. Опорными частями мостовидного протеза являются:

1. коронки, полукоронки, искусственные зубы

2. вкладки, искусственные зубы

3. коронки, вкладки, штифтовые зубы

4. штифтовые зубы, искусственные зубы

190. Недостатком металлокерамических коронок является:

1. высокая эстетичность

2. восстановление окклюзионной поверхности

3. прочность

4. большой объем снимаемых тканей

191. Штампованно-паяным мостовидным протезом называется:

1. протез с отлитыми из металла опорными частями и телом

2. полный съемный протез

3. несъемный протез, в котором тело припаяно к опорным частям

4. штампованная коронка

192. Сепарация - это этап одонтопрепарирования, включающий в себя:

1. снятие эмали, дентина с небной стороны

2. препарирование кариозной полости

3. разобщение рядом стоящих зубов

4. укорочение длины зубов

193. Длина штифта штифтового зуба должна быть равна:

1. 1/3 длины корня

2. 3/4 длины корня

3. полной длине корня

4. 1/2 длины корня

194. Форма штифта в штифтовом зубе должна быть:

1. прямоугольной

2. клиновидной

3. грушевидной

4. конусовидной

195. Искусственная коронка должна:

1. восстанавливать анатомическую форму зуба

2. опираться на десну

3. завышать прикус

4. занижать прикус

196. К недостаткам цельнолитых коронок относится:

1. низкая эстетичность

2. меньшая травматичность

3. высокая прочность

4. точное воспроизведение рельефа анатомической формы

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

1. вокруг вертикальной оси

2. вниз и вперед

3. вниз, вперед и внутрь

4. вниз

198. При боковых смещениях нижней челюсти суставная головка на балансирующей стороне движется:

1. вокруг вертикальной оси

2. вниз и вперед

3. вниз, вперед и внутрь

4. вниз

199. При изготовлении штампованной коронки твердые ткани зуба сошлифо-вываются на (мм):

1. 0,10-0,15

2. 0,20-0,22

3. 0,30-0,50

4. 0,5-1,0

200. При изготовлении металло-пластмассовой коронки твердые ткани со-шлифовываются на (мм):

1. 0,20-0,22

2. 0,35-0,38

3. 1,3-1,5.

4. 1,5-2,0

201. Первым клиническим этапом изготовления штампованной коронки является:

1. фиксация коронок

2. припасовка коронок

3. снятие оттисков

4. одонтопрепарирование

202. Трансверзальная кривая - это линия, проведенная по:

1. контактным поверхностям зубов

2. режущим краям фронтальных зубов и щечным буфам премоляров и моляров

3. проекции верхушек корней зубов

4. жевательным буграм правых и левых зубов

203. Мышца, участвующая в трансверзальных движениях нижней челюсти:

1. подбородочно-подъязычная

2. латеральная крыловидная

3. височная

4. собственно жевательная

204. При сагиттальных движениях нижней челюсти суставная головка совершает путь:

1. вперед и вниз

2. вперед и кнутри

3. вперед и кнаружи

4. в сторону

205. Моделирование кладки прямым методом проводится:

1. на модели в артикуляторе

2. на модели в окклюдаторе

3. в полости рта

4. на модели в универсальном артикуляторе

206. На гипсовой модели анатомическую форму зуба восстанавливают воском:

1. базисным

2. моделировочным

3. профильным

4. липким

207. Двуслойный оттиск получают при помощи слепочных масс:

1. альгинатных

2. твердокристаллических.

3. силиконовых

4. термопластических

208. При препарировании зуба под металлокерамическую коронку стенки должны:

1. быть параллельными

2. конвергировать под углом 5-7 градусов

3. конвергировать под углом 15-20 градусов

4. конвергировать под углом 30 и более градусов

209. Промежуточная часть мостовидного протеза во фронтальном отделе имеет форму:

1. седловидную

2. промывную

3. касательную

4. опорную

210. Промежуточная часть мостовидного протеза в боковом отделе имеет форму:

1. седловидную

2. промывную

3. касательную

4. опорную

211. Поливинилсилоксановые слепочные материалы относятся к:

1. термопластическим

2. твердым

3. эластическим

4. гидроколлоидным

212. Готический угол равен:

1. 17°

2. 45°

3. 60°

4. 110°

213. Показанием дли протезирования вкладкой являются следующие показатели ИРОПЗ:

1. 0,25-0,3

2. 0,45-0,6

3. 0,6-0,7

4. 0,7-0,8

214. Максимальная толщина снимаемых твердых тканей при одонтопрепари-ровании под металлокерамическую конструкцию (мм):

1. 0,25-0,28

2. 0,29-0,50

3. 0,60-1,00

4. 1,50-2,00

215. Мышцы, выдвигающие нижнюю челюсть вперед:

1. жевательные

2. наружные крыловидные

3. подбородочно-язычная

4. внутренние крыловидные

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

1. врача и пациента

2. врача и зубного техника

3. пациента и зубного техника

4. врача, пациента и зубного техника

217. Эталонным фоном в стоматологии принято считать цвет:

1. белый

2. серый

3. голубой

4. зеленый

218. Количество удаляемых твердых тканей зуба под искусственную коронку зависит от:

1. анатомической формы зуба

2. фиксирующего материала

3. материала для изготовления коронок

4. групповой принадлежности зуба

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

1. 2 минут

2. 15 минут

3. 60 минут

4. 24 часов

220. Оттиск является отображением тканей протезного ложа:

1. позитивным

2. негативным

3. активным

4. пассивным

221. Алы инагную слепочную массу замешивают на:

1. холодной воде

2. 3% растворе поваренной соли

3. прилагаемом к материалу катализаторе

4. горячей воде

222. Препарирование зуба под коронку производят:

1. твердосплавными борами

2. металлическими фрезами

3. алмазными борами

4. карборундовыми фрезами

223. При препарировании окклюзионной поверхности зуба под штампованную коронку из золотого сплава ее сошлифовывают на толщину (мм):

1. 0,28-0,3

2. 0,45-0,5

3. 0,55-0,6

4. 0,65-0,8

224. При изготовлении штампованной коронки сепарацию зуба, расположенного между двумя интактными зубами, проводят:

1. вулканитовым сепарационным диском

2. двухсторонним металлическим сепарационным диском

3. твердосплавным бором цилиндрической формы

4. односторонним металлическим сепарационным диском

225. При изготовлении одиночной штампованной коронки слепки снимают:

1. с челюсти, на которой будет изготовлена коронка

2. с обеих челюстей

3. с фрагмента челюсти с препарированным зубом

4. с отпрепарированного зуба

227. При препрариовании зуба под штампованную коронку уступ формируется:

1. на уровне края десны

2. супрагингивально

3. по периметру шейки зуба

4. уступ не формируется

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

1. 1

2. 2

3. 3

4. 5

229. Показания к изготовлению штампованной коронки:

1. кариозная полость V класса

2. воспаление в периодонте

3. разрушение коронковой части зуба

4. подвижность зуба 3 степени

230. Клиническая шейка зуба соответствует:

1. переходу эмали в цемент корня

2. границе над- и поддесневой части зуба

3. экватору зуба

4. режущему краю зуба

231. Анатомическая шейка зуба соответствует:

1. переходу эмали в цемент корня

2. границе над- и поддесневой части зуба

3. экватору зуба

4. режущему краю зуба

232. Центральная окклюзия определяется признаками:

1. лицевым, глотательным, зубным

2. зубным, суставным, мышечным

3. язычным, мышечным, суставным

4. зубным, глотательным, лицевым

233. Для снятия оттисков при изготовлении вкладки применяются материалы:

1. гипс

2. альгинатные

3. силиконовые

4. цинкоксиэвгеноловые

234. Для изготовления штампованных коронок применяются сплавы золота

1. 375

2. 583

3. 750

4. 900

235. Для изготовления коронок методом наружной штамповки применяют штампы, отлитые из:

1. нержавеющей стали

2. хромо-кобальтового сплава

3. серебряно-палладиевого сплава

4. легкоплавкого сплава

236. Для изготовления коронок выпускаются гильзы различного диаметра из сплава:

1. хромо-кобальтового

2. хромо-никелевого

3. золотого 900 пробы

4. серебряно-палладиевого

237. Для восстановления анатомической формы зуба на гипсовой модели при изготовлении искусственных коронок применяют воск:

1. базисный

2. липкий

3. моделировочный

4. лавакс

241. К жакетым коронкам относятся:

1. металлокерамическая

2. пластмассовая с круговым уступом

3. литая

4. коронка по Белкину

244. Полимеризация пластмассы в условиях атмосферного давления произво

1. 680 градусов

2. 100 градусов

3. 120 градусов

4. 150 градусов

245. Нарушение режима полимеризации при изготовлении пластмассовой ко

1. увеличение размера коронки

2. уменьшение размера коронки

3. образование внутренних пор

4. изменение цвета коронки

246. При изготовлении металлокерамической коронки рабочий оттиск снимают:

1. альгинатной массой

2. силиконовой массой

3. любым оттискным материалом с проведением ретракции десны

4. гипсом

247. Для изготовления цельнолитых коронок применяется сплав золота пробы:

1. 583

2. 750

3. 900

4. верно 1) и 3)

248. При изготовлении цельнолитой коронки для рабочего оттиска использу

1. альгинатную

2. силиконовую

3. цинкоксиэвгеноловую

4. термопластическую

249. Для двойного оттиска используются массы:

1. твердокристаллические

2. силиконовые

3. альгинатные

4. термопластические

252. При изготовлении металлокерамической коронки фарфоровая масса до обжига

1. несколько меньшем

2. полном

3. несколько большем

4. в 2 раза меньшем

253. Конструкционными материалами в ортопедической стоматологии являются:

1. гипс

2. воск

3. оттискные массы

4. пластмассы

254. Для облицовки металлопластмассовых коронок используется материал:

1. синма М

2. акрилоксид

3. этакрил

4. протакрил

255. Конструкционными материалами в ортопедической стоматологии являются:

1. воск

2. гипс

3. оттискные массы

4. сплав на основе золота

256. Для постоянной фиксации несъемных протезов применяют:

1. репин

2. масляный дентин

3. поликарбоксилатный цемент

4. верно 1) и 2)

257. При изготовлении металлокерамической коронки керамическую массу наносят:

1. на штампованный колпачок

2. на литой колпачок

3. на платиновый колпачок

4. на штампик из огнеупорного материала

258. При обжиге фарфоровой массы, кроме высокотемпературного воздействия, используют:

1. давление

2. вакуум

3. центрифугирование

4. вибрацию

259. При изготовлении металлоакриловой коронки соединение пластмассы с

1. химической связи

2. образования окисной пленки

3. взаимной диффузии материалов

4. формирования ретенционных пунктов с помощью «перл» (шариков)

260. Для обеспечения хорошего сцепления фарфора с металлической поверх

1. абразивную обработку

2. абразивную обработку, обезжиривание

3. абразивную обработку, обезжиривание, создание окисной пленки

4. абразивную обработку, обезжиривание, создание окисной пленки, нанесение «перл»

261. При изготовлении фарфоровой коронки массу наносят и обжигают на:

1. огнеупорном гипсе

2. колпачке из золотой фольги

3. колпачке из платиновой фольги

4. колпачке из серебряно-палладиевой фольги

262. Припасовку фарфоровой коронки осуществляют выявлением преждевре

1. разогретого воска

2. альгинатных оттискных масс

3. корригирующих силиконовых оттискных масс

4. жидкого гипса

263. Заключительным лабораторным этапом изготовления металлоакриловой

1. полирование

2. глазурование

3. припасовка на модели

4. заключительный обжиг

264. Для временной фиксации несъемных мостовидных протезов применяют:

1. силидонт

2. темп-бонд

3. висфат-цемент

4. унифас

266. Оптимальная толщина фарфоровой коронки составляет:

1. 0,3-0,4 мм

2. 0,5-0,8 мм

3. 1,0-1,5 мм

4. 1,6-2,0мм

269. Отбеливание несъемного мостовидного протеза из нержавеющей стали

1. в концентрированных щелочах

2. в концентрированных кислотах

3. в смесях кислот с добавлением воды

4. в смесях щелочей с добавлением воды

271. Флюсы при паянии используются для:

1. очищения спаиваемых поверхностей

2. уменьшения температуры плавления припоя

3. увеличения площади спаиваемых поверхностей

4. предотвращения образования пленки окислов

272. Для пайки протезов из сплавов стали и золота применяют флюс:

1. канифоль

2. хлористый цинк

3. бура

4. древесный уголь

273. Для пайки коронок из нержавеющей стали применяют припой на основе:

1. золота

2. буры

3. олова

4. серебра

274. Коронки из нержавеющей стали спаивают:

1. оловом

2. серебряным припоем

3. золотым припоем

4. никелем

275. Коронки из серебряно-палладиевого сплава спаивают:

1. серебряным припоем

2. оловом

3. золотым припоем

4. железом

276. Для снижения температуры плавления припоя добавляется:

1. платина

2. кадмий

3. олово

4. серебро

277. Конструкционными материалами в ортопедической стоматологии явля

1. оттискные массы

2. гипс

3. воск

4. хромо-кобальтовый сплав

278. Перед отливкой модели по оттиску с опорными штампованными корон

1. гипс

2. цемент

3. амальгаму

4. воск

279. Припасовка опорных коронок является отдельным клиническим этапом

1. любого

2. паяного

3. цельнолитого

4. металлоакрилового

282. Расплавление золотого сплава при литье производится:

1. газовой горелкой

2. бензиновой горелкой

3. вольтовой дугой

4. высокочастотным полем электрического тока

285. На этапе припасовки паяного мостовидного протеза врач получает протез

1. на модели из гипса

2. без модели

3. на гипсовых и/или металлических штампах

4. на разборной модели

286. На этапе припасовки литых мостовидных протезов, облицованных пласт

1. базисного воска

2. гипса

3. силиконового оттискного материала

4. копировальной бумаги

287. Для постоянной фиксации несъемных протезов применяют:

1. репин

2. масляный дентин

3. стеклоиономерные цементы

4. верно 1) и 2)

288. Для временной фиксации несъемных мостовидных протезов применяют:

1. акрилоксид

2. водный дентин

3. висфат-цемент

4. силидонт

289. При изготовлении штампованной коронки из серебряно-палладиевого

1. серебряным припоем (ПСР-37)

2. золото-кадмиевым сплавом 750 пробы

3. золото-платиновым сплавом 750 пробы

4. сплавом золота 900 пробы

290. Для утолщения жевательной поверхности коронок из сплава золота 900

1. серебряный припой (ПСР-37)

2. золото-кадмиевый сплав 750 пробы

3. золото-платиновый сплав 750 пробы

4. сплав золота 900 пробы

292. Температура плавления хромоникелевого сплава:

1. 950 градусов

2. 1150 градусов

3. 1350 градусов

4. 1450 градусов

293. Температура плавления сплава золота 900 пробы:

1. 850 градусов

2. 1032 градусов

3. 1064 градусов

4. 1100 градусов

295. Конструкционными материалами в ортопедической стоматологии являются:

1. гипс

2. воск

3. оттискные массы

4. керамические массы

5. верно 1) и 2)

300. При изготовлении несъемных литых конструкций с облицовкой (металло

1. простой гипсовой

2. разборной с хвостовиками

3. восковой с хвостовиками

4. огнеупорной

301. Искусственные пластмассовые зубы соединяются с базисом пластиночно

1. механически

2. химически

3. с помощью клея

4. с помощью специального адгезива

302. Искусственные фарфоровые зубы укрепляются в базисе пластиночного

1. химически

2. механически

3. с помощью клея

4. с помощью специального адгезива

303. Укрепление фронтальных фарфоровых зубов в базисе пластиночного про-

1. цилиндрических крампонов

2. пуговчатых крампонов

3. полостей внутри зубов

4. клея

309. К термопластическим оттискным массам относится:

1. гипс

2. стомальгин

3. стене

4. репин

310. Базисный воск выпускается производителем в виде:

1. прямоугольных пластинок

2. кубиков

3. круглых палочек

4. круглых полосок

311. Для предотвращения деформации воскового базиса с окклюзионными ва

1. быстротвердеющей пластмассой

2. гипсовым блоком

3. металлической проволокой

4. увеличением толщины воска

312. Восковую конструкцию для определения центральной окклюзии изготав

1. липкого

2. моделировочного

3. базисного

4. бюгельного

313. Для изготовления литых кламмеров используются сплавы:

1. хромо-никелевый

2. хромо-кобальтовый

3. золота 900 пробы

4. золота 750 пробы с платиной

314. При изготовлении съемных протезов применяют искусственные зубы:

1. пластмассовые

2. металлопластмассовые

3. металлические

4. металлокерамические

315. Преимущество пластмассовых искусственных зубов в съемном протезе

1. большей твердости

2. хорошем соединении с базисом

3. возможности поставить зубы на приточке

4. возможности поставить зубы при глубоком прикусе

316. К жакетым коронкам относится:

1. металлокерамическая

2. фарфоровая

3. литая

4. коронка по Белкину

318. Для постоянной фиксации несъемных протезов применяют:

1. масляный дентин

2. репин

3. фосфатный цемент

4. верно 1) и 2)

319. Для временной фиксации несъемных мостовидных протезов применяют:

1. силидонт

2. цинкоксиэвгеноловую пасту

3. унифас

4. акрилоксид

320. Пародонтом называют комплекс тканей, состоящий из:

1. десны, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба

2. десны, костной ткани альвеолы, периодонта и цемента корня зуба

3. десны, костной ткани альвеолы, шарпеевских волокон и цемента корня зуба

4. десны, круговой связки зуба, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба

321. Функция пародонта, которая проявляется в сохранении целостности его структурных компонентов при внешних воздействиях:

1. барьерная

2. трофическая

3. пластическая

4. регулирующая, нейросенсорная

322. Функция пародонта, которая связана с поддержанием и восстановлением микроциркуляции в состояниях функциональной нагрузки и физиологического покоя:

1. барьерная

2. трофическая

3. пластическая

4. регулирующая, нейросенсорная

323. Функция пародонта, которая направлена на своевременное восстановление структурных компонентов, утраченных в процессе жизнедеятельности, создание новых функциональных единиц, необходимых для адаптации к возникающим нагрузкам:

1. барьерная

2. трофическая

3. пластическая

4. регулирующая, нейросенсорная

324. Функция пародонта, которая состоит в рефлекторной регуляции трофики тканей и жевательного давления при реализации пародонго-мускулятор-ного рефлекса:

1. барьерная

2. трофическая

3. пластическая

4. регулирующая, нейросенсорная

325. Функция пародонта, которая направлена на удержание зуба в альвеоле, поддержании зубодесневого соединения, перераспределении жевательного давления на стенки альвеолы:

1. барьерная

2. трофическая

3. пластическая

4. амортизирующая, опорно-удерживающая

326. Мягкотканное анатомическое образование в полости рта, состоящее из многослойного плоского ороговевающего эпителия, собственной пластинки с поверхностным сосочковым и более глубоким сетчатым слоем:

1. десна

2. твердое небо

3. переходная складка

4. слизистая оболочка альвеолярного отростка

327. Часть десны, которая лежит непосредственно на надкостнице вестибулярного и орального скатов альвеолярной кости:

1. край десны

2. межзубная десна

3. маргинальная десна

4. прикрепленная десна

328. Часть десны, непосредственно окружающая зуб и прикрепленная к нему на участке от десневого края до десневого желобка:

1. круговая

2. свободная

3. межзубная

4. прикрепленная

329. Непрерывное углубление на десне, которое повторяет контур десневого края, лежит апикальнее его и определяется визуально:

1. рецессия десны

2. десневая борозда

3. десневой желобок

4. зубо-десневое соединение

330. Производным эмалеобразующего эпителия в пародонте является:

1. эмаль

2. цемент

3. периодонт

4. соединительный эпителий

331. Клиническая десневая борозда соответствует погружению градуированного зонда между поверхностью зуба и десной в апикальном направлении на глубину менее (мм):

1. 5

2. 4

3. 3

4. 2

332. Клинически определяемая граница между десной и слизистой оболочкой альвеолярного отростка:

1. линия улыбки

2. десневой желобок

3. переходная складка

4. слизисто-десневое соединение

333. Соединительно-тканное образование, заключенное между кортикальной пластинкой альвеолы и цементом корня зуба до вершины альвеолы, которое проникает в цемент корня зуба, прободая кортикальную кость альвеолы:

1. пародонт

2. периодонт

3. пародонтальное прикрепление

4. соединительно-тканное прикрепление

334. Зубные альвеолы отделены друг от друга перегородками:

1. межзубными

2. межкорневыми

3. кортикальными

4. вестибулярными

335. Губчатое вещество стенки зубной альвеолы расположено между:

1. корневыми перегородками

2. кортикальными пластинами

3. альвеолярными перегородками

4. наружной и внутренней стенками зубной альвеолы

336. Клиническим признаком пародонтального кармана является погружение измерительного инструмента между поверхностью зуба и тканями паро-донта от края десны в апикальном направлении на глубину (мм):

1. 1 и более

2. 2 и более

3. 3 и более

4. 4 и более

337. Измерение, проведенное от цементо-эмалевой границы до дна пародонтального кармана:

1. ложный карман

2. клиническая десневая борозда

3. глубина пародонтального кармана

4. потеря пародонтального прикрепления

338. Индекс ПМА отражает распространенность:

1. гингивита

2. пародонтита

3. пародонтоза

4. пародонтомы

339. Причиной воспаления в пародонте является:

1. микробная зубная бляшка и травма тканей пародонта

2. травма тканей пародонта и нарушение обмена веществ

3. уменьшение секреции слюны и эндокринная патология

4. чрезмерное потребление мягкой пищи и нарушение обмена веществ

340. Ранним клиническим признаком воспаления пародонта является:

1. клинический карман 3 мм

2. симптом кровоточивости десны

3. патологическая подвижность зуба

4. неудовлетворительная гигиена полости рта

341. Упрощенный индекс гигиены OHI-S по Греену-Вермиллиоиу определяют на:

1. вестибулярной поверхности зубов 16, 26, 36, 46 и оральной поверхности зубов 11, 21

2. вестибулярной поверхности зубов 36, 46 и оральной поверхности зубов 16, 11, 26, 31

3. вестибулярной поверхности зубов 11, 21 и оральной поверхности зубов 16, 26, 36, 46

4. вестибулярной поверхности зубов 16, 11, 26, 31 и оральной поверхности зубов 36, 46

344. При регистрации пародонтального индекса (PI) по Расселу используется дополнительный метод исследования:

1. полярометрия

2. рентгенография

3. эхоостеометрия

4. реопародонтография

345. Осмотр и инструментальное исследование пародонта позволяет определить:

1. содержимое пародонтальных карманов

2. уровень резорбции альвеолярной кости

3. регионарную гемодинамику в пародонте

4. интенсивность и распространенность воспалительных изменений

346. Рентгенологический метод исследования позволяет определить:

1. содержимое пародонтальных карманов

2. уровень резорбции альвеолярной кости

3. регионарную гемодинамику в пародонте

4. парциальное давление кислорода в тканях

347. Полярография тканей пародонта позволяет определить:

1. содержимое пародонтальных карманов

2. уровень резорбции альвеолярной кости

3. регионарную гемодинамику в пародонте

4. парциальное давление кислорода в тканях

348. Реопародонтография позволяет определить:

1. содержимое пародонтальных карманов

2. уровень резорбции альвеолярной кости

3. регионарную гемодинамику в пародонте

4. парциальное давление кислорода в тканях

349. Воспалительную резорбцию альвеолярной перегородки определяют в результате:

1. зондирования пародонтального кармана

2. реографического исследования тканей пародонта

3. рентгенологического исследования челюстных костей

4. эхоостеометрического исследования альвеолярной кости

350. Трехстенный дефект альвеолярной кости формируется при:

1. гингивите

2. пародонтите

3. пародонтозе

4. фиброматозе десны

351. Резорбция кортикальной пластины на вершине межальвеолярной перегородки является симптомом:

1. эпулиса

2. гингивита

3. пародонтита

4. пародонтоза

352. Очаги остеосклероза и остеопороза в теле челюстных костей при пародонтозе сопровождаются:

1. резорбцией кортикальной пластинки межальвеолярной перегородки без снижения ее высоты

2. резорбцией кортикальной пластинки межальвеолярной перегородки и снижением ее высоты

3. сохранением целостности кортикальной пластинки межальвеолярной перегородки без снижения ее высоты у всех зубов

4. сохранением целостности кортикальной пластинки межальвеолярной перегородки и равномерным снижением ее высоты у всех зубов

355. Для определения тяжести пародонтита и пародонтоза необходимо определить:

1. уровень альвеолярной кости

2. размер обнажения корня зуба

3. глубину пародонтального кармана

4. размер гипертрофированной десны

356. Пародонтит - заболевание:

1. воспалительное

2. воспалительно-дистрофическое

3. дистрофическое

4. опухолевидное

357. Основным этиологическим фактором пародонтита является:

1. микробный зубной налет (микробная бляшка)

2. зубной налет курильщика

3. плотный зубной налет

4. наддесневой зубной камень

358. Воспаление межзубной и маргинальной десны характерно для:

1. пародонтита легкой степени

2. пародонтита средней степени

3. пародонтита тяжелой степени

4. пародонтоза средней степени

359. Воспаление межзубной, маргинальной и части альвеолярной десны характерно для:

1. пародонтита легкой степени

2. пародонтита средней степени

3. пародонтита тяжелой степени

4. пародонтоза средней степени

360. Воспаление межзубной, маргинальной, части или всей альвеолярной десны характерно для:

1. пародонтита легкой степени

2. пародонтита средней степени

3. пародонтита тяжелой степени

4. пародонтоза средней степени

361. Глубина пародонтального кармана до 4 мм характерна для:

1. пародонтита легкой степени

2. пародонтита средней степени

3. пародонтита тяжелой степени

4. пародонтоза средней степени

362. Глубина пародонтального кармана до 5 мм характерна для:

1. пародонтита легкой степени

2. пародонтита средней степени

3. пародонтита тяжелой степени

4. пародонтоза средней степени

363. Глубина пародонтального кармана более 5 мм характерна для:

1. пародонтита легкой степени

2. пародонтита средней степени

3. пародонтита тяжелой степени

4. пародонтоза средней степени

365. Подвижность зубов при пародонтите средней степени:

1. I—II степени

2. II—III степени

3. III степени

4. более III степени

367. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки до 1/3 соответствует:

1. пародонтиту легкой степени

2. пародонтиту средней степени

3. пародонтиту тяжелой степени

4. пародонтозу средней степени

368. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки до 1/2 соответствует:

1. пародонтиту легкой степени

2. пародонтиту средней степени

3. пародонтиту тяжелой степени

4. пародонтозу средней степени

369. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки более 1/2 соответствует:

1. пародонтиту легкой степени

2. пародонтиту средней степени

3. пародонтиту тяжелой степени

4. пародонтозу средней степени

370. Первый этап плана лечения пародонтита:

1. медикаментозное противовоспалительное лечение

2. ортодонтическое лечение

3. ортопедическое лечение

4. профессиональная гигиена полости рта

371. Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита:

1. жалобы пациента

2. длительность заболевания

3. кровоточивость десны при чистке зубов

4. глубина пародонтального кармана

372. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 4 мм:

1. кюретаж карманов или операция «открый кюретаж»

2. операция «открытый кюретаж»

3. лоскутная операция

4. гингивотомия

373. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 5 мм:

1. кюретаж карманов

2. операция «открытый кюретаж»

3. лоскутная операция

4. гингивотомия

374. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана более 5 мм:

1. кюретаж карманов

2. операция «открытый кюретаж»

3. лоскутная операция

4. гингивотомия

375. Вид хирургического вмешательства при вскрытии пародонтального абсцесса:

1. гингивотомия

2. гингивэктомия

3. лоскутная операция

4. экстирпация зуба

376. При хроническом генерализованном пародонтите в стадии ремиссии рекомендуется:

1. диспансеризация

2. антибактериальная терапия

3. десенсибилизирующая терапия

4. прием фторсодержащих таблеток

377. Пародонтоз - заболевание:

1. воспалительное

2. воспалительно-дистрофическое

3. дистрофическое

4. опухолевидное

378. Тип снижения высоты межальвеолярных перегородок при пародонтозе:

1. вертикальный

2. горизонтальный неравномерный

3. горизонтальный равномерный 4)' смешанный

4. очаговый

379. Рецессия десны характерна для:

1. катарального гингивита

2. гипертрофического гингивита

3. язвенно-некротического гингивита

4. пародонтоза

380. Пародонтоз дифференцируют с народов гитом в стадии ремиссии по данным:

1. анамнеза

2. рентгенологического обследования

3. клинического определения состояния пародонта

4. клинического анализа крови

382. Зуд в десне - характерная жалоба пациента при:

1. катаральном гингивите

2. гипертрофическом гингивите

3. язвенно-некротическом гингивите

4. пародонтозе

385. Окраска десны при пародонтозе:

1. бледно-розовая 2) бледная

2. гиперемированная

3. желтоватая

4. цианотичная

386. Обнажение поверхности корня зуба (рецессия десны) проявляется на поверхностях зубов:

1. только на вестибулярной

2. только на оральной

3. как на вестибулярной, так и на оральной

4. на жевательной

387. Короткие уздечки губ и мелкое предверие полости рта рецессию десны:

1. уменьшают

2. увеличивают

3. не изменяют

4. исправляют

388. Пародонтоз следует дифференцировать с:

1. катаральным гингивитом

2. гипертрофическим гингивитом отечной формы

3. гипертрофическим гингивитом фиброзной формы

4. пародонтитом в стадии ремиссии

389. Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок до 1/3 - рентгенологический признак:

1. пародонтита легкой степени

2. пародонтита средней степени

3. пародонтоза легкой степени

4. пародонтоза средней степени

390. Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок до 1/2 - рентгенологический признак:

1. пародонтита легкой степени

2. пародонтита средней степени

3. пародонтоза легкой степени

4. пародонтоза средней степени

391. Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок более 1/2 - рентгенологический признак:

1. пародонтита средней степени

2. пародонтита тяжелой степени

3. пародонтоза легкой степени

4. пародонтоза тяжелой степени

392. Для лечения гиперестезии твердых тканей зубов при пародонтозе проводят:

1. реопародонтографию

2. УВЧ-терапию

3. реминерализующую терапию

4. противовоспалительную терапию

393. Для уменьшения гиперестезии твердых тканей зубов при пародонтозе используют зубные пасты:

1. гигиенические

2. противовоспалительные

3. реминерализующие

4. солевые

395. Ортодонтическое или ортопедическое лечение при пародонтозе проводят:

1. до операций по пластике уздечек и предверия полости рта

2. после операций по пластике уздечек и предверия полости рта

3. до рентгенологического исследования

4. после рентгенологического исследования

396. Гингивит - это заболевание:

1. воспалительное

2. воспалительно-дистрофическое

3. дистрофическое

4. инфекционное

397. Альвеолярная десна - это:

1. десневой сосочек и десна вокруг зуба

2. десна, окружающая зуб

3. десна, покрывающая альвеолярный отросток

4. десна, покрывающая альвеолярный отросток и переходная складка

398. Маргинальная десна - это:

1. десневой сосочек и десна вокруг зуба

2. десна, окружающая зуб

3. десна, покрывающая альвеолярный отросток

4. десна, покрывающая альвеолярный отросток и переходная складка

399. Альвеолярная десна состоит из:

1. эпителия и надкостницы

2. эпителия и собственного слизистого слоя

3. эпителия, собственного слизистого и подслизистого слоя

4. эпителия,надкостницы и альвеолярной кости

400. При рецессии десны количество десневой жидкости:

1. увеличивается

2. не изменяется

3. уменьшается в 2 раза

4. уменьшается в 4 раза

401. При катаральном гингивите количество десневой жидкости:

1. увеличивается

2. уменьшается в 2 раза

3. уменьшается в 4 раза

4. не изменяется

402. Индекс CPITN определяется с помощью зонда:

1. стоматологического

2. серповидного

3. штыковидного

4. пуговчатого

403. Индекс CPITN у взрослых- это показатель:

1. зубного налета

2. зубного камня

3. кровоточивости

4. нуждаемости в лечении заболеваний пародонта

404. Индекс ПМА определяет тяжесть:

1. гингивита

2. пародонтита

3. пародонтоза

4. пародонтолиза

408. На рентгенограмме при пародонтите легкой степени резорбция межальвеолярной перегородки:

1. на 1/3 длины корня зуба

2. на 1/2 длины корня зуба

3. на 2/3 длины корня зуба

4. на 3/4 длины корня зуба

409. На рентгенограмме при пародонтите средней степени резорбция межальвеолярной перегородки:

1. на 1/3 длины корня зуба

2. на 1/2 длины корня зуба

3. на 2/3 длины корня зуба

4. на 3/4 длины корня зуба

411. Катаральный гингивит легкой степени включает воспаление десны:

1. папиллярной

2. папиллярной и маргинальной

3. маргинальной и альвеолярной

4. альвеолярной, маргинальной и папиллярной

412. Контрольное обследование послеоперацирннои области после кюретажа целесообразно провести через:

1. 1 неделю

2. 10 дней

3. 1 месяц

4. 6 месяцев

413. Количественную выраженность катарального гингивита можно определить с помощью индекса:

1. ПМА

2. Грина-Вермильона

3. пародонтального

4. CPITN

414. Катаральный гингивит средней степени тяжести включает воспаление десны:

1. папиллярной

2. папиллярной и маргинальной

3. маргинальной и альвеолярной

4. альвеолярной, маргинальной и папиллярной

415. Воспаление десны - характерный признак:

1. пародонтоза

2. пародонтита

3. паротита

4. фиброматоза десны

416. Наличие ложного десневого кармана характерно для:

1. пародонтита

2. пародонтоза

3. гипертрофического гингивита

4. катарального гингивита

417. Ранним клиническим признаком воспаления в десне является:

1. деформация десневых сосочков

2. карман до 3 мм

3. карман 4 мм

4. кровоточивость при зондировании

418. Клинические признаки хронического катарального гингивита:

1. кровоточивость при зондировании папиллярной и маргинальной десны

2. подцесневой зубной камень

3. карманы до 5 мм

4. обнажение корней

419. Клинический признак гипертрофического гингивита отечной формы:

1. разрастание неизмененной в цвете десны

2. деформация и отек десневых сосочков

3. отсутствие кровоточивости

4. участки некроза папиллярной десны

420. Клинический признак гипертрофического гингивита фиброзной формы:

1. кровоточивость десны при чистке зубов и откусывании пищи

2. разрастание не измененной в цвете десны

3. резкая гиперемия и отек десневых сосочков

4. боль при жевании

421. Катаральный гингивит дифференцируют с:

1. пародонтитом

2. фиброматозом

3. пародонтозом

4. герпетическим гингивостоматитом

422. Гипертрофический гингивит фиброзной формы дифференцируют с:

1. парадонтозом

2. гингивитом Венсана

3. эпулисом

4. герпетическим гингивостоматитом

423. При фиброзной форме гипертрофического гингивита проводят хирургическое лечение:

1. гингивэктомию

2. гингивотомию

3. закрытый кюретаж

4. открытый кюретаж

424. При отечной форме гипертрофического гингивита проводят:

1. гингивотомию

2. гингивэктомию

3. открытый кюретаж

4. противоотечное лечение

425. Наличие пародонтального кармана характерно для:

1. пародонтита

2. пародонтоза

3. гингивита

4. эпулиса

426. При пародонтите карман определяется:

1. клинически

2. гистологически

3. рентгенологически

4. люминесцентно

427. Отсутствие контактного пункта между зубами может привести к пародон-титу:

1. локализованному

2. генерализованному

3. ювенильному

4. быстропрогрессирующему

428. Пародонтит средней степени тяжести дифференцируют с:

1. катаральным гингивитом

2. гипертрофическим гингивитом

3. пародонтитом тяжелой степени

4. пародонтозом

429. Гипертрофический гингивит отечной формы дифференцируют с:

1. хроническим катаральным гингивитом

2. пародонтозом

3. атрофическим гингивитом

4. герпетическим гингивостоматитом

430. При лечении хронического катарального гингивита проводят:

1. обработку десны резорцином

2. коррекцию гигиены полости

3. аппликацию протеологических ферментов

4. гингивэктомию

431. Для обезболивания десны при язвенно-некротическом гингивите используют анестезию:

1. аппликационную

2. суггестивную

3. стволовую

4. проводниковую

433. Удаление наддесневого зубного камня проводят:

1. до кюретажа карманов

2. в процессе кюретажа

3. после кюретажа

4. не имеет значения

434. Удаление поддесневого зубного камня проводят:

1. до кюретажа пародонтальных карманов

2. в процессе кюретажа

3. непосредственно после кюретажа

4. спустя 7 дней после кюретажа

435. Метронидазол является средством этиотропного лечения:

1. пародонтита

2. гипертрофического гингивита

3. катарального гингивита

4. язвенно-некротического гингивита

436. Пародонт - это:

1. зуб, десна, периодонт

2. десна, периодонт, кость альвеолы

3. десна, периодонт, кость альвеолы, цемент корня

4. десна, периодонт, кость альвеолы, дентин корня

437. Пародонтальные карманы при пародонтозе:

1. 3 мм

2. до 5 мм

3. более 5 мм

4. отсутствуют

439. Окраска десны при пародонтозе:

1. цианотичная

2. бледная

3. гиперемированная

4. пятнистая

440. В норме не ороговевает эпителий:

1. десневой борозды

2. папиллярной десны

3. альвеолярной десны

4. маргинальной десны

441. При интактном пародонте десневая борозда определяется:

1. клинически

2. гистологически

3. рентгенологически

4. пальпаторно

442. При интактном пародонте десневая борозда содержит:

1. микробные ассоциации

2. экссудат

3. десневую жидкость

4. грануляционную ткань

443. Резорбция кортикальной пластинки кости вершин межальвеолярных перегородок характерна для:

1. пародонтоза легкой степени

2. пародонтальной кисты

3. пародонтита легкой степени

4. хронического катарального гингивита

444. О наличии пародонтального кармана судят:

1. по погружению зонда на глубину менее 3 мм

2. по обнаружению поверхности корня зуба

3. по погружению зонда на глубину 3 мм и более

4. независимо от глубины кармана

445. При обнажении поверхности корня зуба на 6 мм и кармане в 5 мм следует предположить:

1. язвенно-некротический гингивит

2. пародонтит тяжелой степени

3. пародонтоз тяжелой степени

4. гипертрофический гингивит фиброзной формы

446. Характерный тип снижения высоты межзубных перегородок при пародонтозе:

1. вертикальный

2. горизонтальный равномерный

3. горизонтальный неравномерный

4. смешанный

447. Пародонтит тяжелой степени дифференцируют с:

1. катаральным гингивитом

2. гипертрофическим гингивитом

3. пародонтитом средней степени тяжести

4. пародонтозом

448. Дифференциальную диагностику пародонтоза проводят с:

1. хроническим катаральным гингивитом

2. хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени

3. хроническим генерализованным пародонтитом в стадии ремиссии

4. острым пародонтитом

449. Кюретаж пародонтального кармана обеспечивает удаление:

1. наддесневого и поддесневого зубного камня

2. поддесневого зубного камня и грануляций

3. поддесневого зубного камня, грануляций и десневого эпителия

4. наддесневого зубного камня и десневого эпителия

450. Пародонтальную повязку применяют для:

1. шинирования зубов перед операцией

2. шинирования зубов после операции

3. защиты кровяного сгустка от внешних воздействий после кюретажа

4. заполнения кармана во время гингивэктомии

451. Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита:

1. жалобы больного

2. глубина пародонтального кармана

3. длительность болезни

4. общее состояние больного

452. При глубине пародонтального кармана менее 5 мм целесообразно провести:

1. кюретаж

2. открытый кюретаж

3. лоскутную операцию

4. костную пластику

453. При глубине пародонтального кармана 5 мм целесообразно провести:

1. кюретаж

2. открытый кюретаж

3. лоскутную операцию

4. промывание антисептиками

454. При глубине пародонтального кармана более 5 мм целесообразно провести:

1. кюретаж

2. открытый кюретаж

3. лоскутную операцию

4. костную пластику

455. Резорбция межальвеолярных перегородок характерна для:

1. гингивита

2. периодонтита

3. пародонтита

4. пародонтомы

456. Слизистая оболочка полости рта состоит из:

1. 5 слоев

2. 4 слоев

3. 3 слоев

4. 2 слоев

457. Многослойный плоский эпителий слизистой оболочки полости рта в норме ороговевает на:

1. мягком небе

2. дне полости рта

3. щеках

4. твердом небе

458. Сбор анамнеза у стоматологического пациента начинают с:

1. анамнеза жизни

2. анамнеза болезни

3. выяснения жалоб

4. осмотра полости рта

459. Осмотр стоматологического пациента начинают с:

1. осмотра полости рта

2. внешнего осмотра

3. осмотра лимфатических узлов

4. изучения рентгенограммы зубов

460. Основной метод обследования стоматологического больного:

1. рентгенологический

2. цитологический

3. гистологический

4. сбор анамнеза

461. К первичным элементам поражения относятся:

1. пузырь

2. эрозия

3. афта

4. рубец

462. К вторичным элементам поражения относятся:

1. чешуйка

2. бугорок

3. узелок

4. узел

465. Папула, в переводе с латинского, - это:

1. бугорок

2. узелок

3. узел

4. рубец

466. Линейный дефект слизистой оболочки - это:

1. афта

2. язва

3. эрозия

4. трещина

467. Повреждение слизистой оболочки в пределах эпителия - это:

1. эрозия

2. язва

3. чешуйка

4. корка

468. Патологические процессы, происходящие в эпителии при образовании клеток Тцанка:

1. паракератоз

2. гиперкератоз

3. акантоз

4. акантолиз

469. Симптом Никольского определяется при патологическом процессе в слизистой оболочке рта:

1. акантозе

2. акантолизе

3. гиперкератозе

4. паракератозе

470. Патологические процессы в эпителии, приводящие к образованию пузырьков при простом герпесе:

1. папилломатоз

2. баллонирующая дегенерация

3. акантоз

4. паракератоз

471. Диагностическими клетками при простом герпесе являются:

1. гигантские многоядерные клетки

2. акантолитические клетки Тцанка

3. клетки Лангханса

4. многоядерные полиморфные клетки

472. Диагностическими клетками при вульгарной пузырчатке являются:

1. гигантские многоядерные клетки

2. акантолитические клетки Тцанка

3. клетки Лангханса

4. многоядерные полиморфные клетки

473. Для подтверждения диагноза «вульгарная пузырчатка» используют дополнительный метод исследования:

1. аллергологический

2. бактериоскопический

3. цитологический

4. рентгенологический

474. Для подтверждения диагноза «вторичный сифилис» используют дополнительный метод исследования:

1. цитологический

2. рентгенологический

3. серологический

4. клинический анализ крови

475. Для подтверждения диагноза «кандидоз» используют дополнительный метод исследования:

1. аллергологический

2. рентгенологический

3. бактериоскопический

4. цитологический

476. К основным методам обследования относится:

1. рентгенологическое обследование

2. цитологическое исследование

3. общий клинический анализ крови

4. осмотр полости рта

477. При исследовании регионарных лимфатических узлов необходимо определить их:

1. гиперемию

2. болезненность

3. абсцедирование

4. площадь

478. К дополнительным методам обследования относится:

1. опрос

2. осмотр полости рта

3. рентгенологическое обследование

4. сбор анамнеза

479. Пузырек - первичный морфологический элемент поражения при:

1. плоском лишае

2. простом герпесе

3. лейкоплакии

4. пузырчатке

480. Ороговевающие элементы поражения свойственны:

1. пузырчатке

2. кандидозу

3. простому герпесу

4. лейкоплакии

481. В многослойном плоском эпителии десны выделяют слои:

1. базальный

2. базальный, шиповатый

3. базальный, шиповатый, зернистый

4. базальный, шиповатый, зернистый, роговой

482. Ограниченное изменение цвета, не выступающее над поверхностью слизистой оболочки полости рта, - это:

1. афта

2. корка

3. абсцесс

4. пятно

483. Патологический процесс в слизистой оболочке полости рта, приводящий к развитию симптома Никольского:

1. акантоз

2. акантолиз

3. спонгиоз

4. гиперкератоз

484. Поверхностный дефект эпителия слизистой оболочки полости рта:

1. язва

2. эрозия

3. трещина

4. рубец

485. Процесс нарушения ороговения слизистой оболочки полости рта:

1. палилломатоз

2. лейкоцитоз

3. паракератоз

4. баллонирующая дегенерация

486. Исход вскрытия пузырька на слизистой оболочке полости рта:

1. волдырь

2. эрозия

3. язва

4. киста

487. Акантолитические клетки находят в цитологическом препарате при:

1. плоском лишае

2. вульгарной пузырчатке

3. многоформной экссудативной эритеме

4. сифилисе

488. Утолщение клеток шиповатого слоя:

1. спонгиоз

2. гиперкератоз

3. акантоз

4. баллонирующая дегенерация

489. Латинское название пятна:

1. nodus

2. ulcus

3. papula

4. macula

490. Линейный дефект слизистой оболочки:

1. афта

2. трещина

3. язва

4. эрозия

491. Гипоплазия твердых тканей зубов - это:

1. эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде

2. порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей

3. сращение, слияние и раздвоение зубов

4. нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов

492. Флюороз - это:

1. эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде . 2) порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей

2. сращение, слияние и раздвоение зубов

3. нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных^убов

4. прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии

493. Эрозия зубов - это:

1. эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде

2. порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей

3. нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов

4. прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии

494. Несовершенный амелогенез - это:

1. эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде

2. порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей

3. сращение, слияние и раздвоение зубов

4. нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов

495. Аномалия развития зуба - это:

1. эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде

2. порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей

3. сращение, слияние и раздвоение зубов

4. прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии

496. Возраст, при котором физиологическое стирание ограничено пределами эмали:

1. до 25 лет

2. до 30 лет

3. до 35 лет

4. до 40 лет

497. Патологическое стирание, вызванное наследственным формированием неполноценных структур, наблюдается при:

1. флюорозе

2. гипоплазии

3. несовершенном амело- и дентиногенезе

4. истирании (клиновидный дефект)

498. Недостаточное насыщение ротовой жидкости гидроксиапатитом и фтора-патитом характерно для:

1. гипоплазии

2. эрозии эмали

3. кариеса

4. флюороза

499. Клиническая картина эрозии зуба - это:

1. дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками

2. дефект в' форме клина у шеек зубов на щечных и губных поверхностях

3. овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки

4. потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта

500. I степень эрозии зубов:

1. поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения

2. поражение только поверхностных слоев эмали

3. поражение поверхностных слоев дентина

4. убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности

502. III степень эрозии зубов:

1. поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения

2. поражение только поверхностных слоев эмали

3. поражение поверхностных слоев дентина

4. убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности

503. Активная стадия эрозии зубов:

1. поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения

2. поражение только поверхностных слоев эмали

3. поражение поверхностных слоев дентина

4. убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности

505. Повышение эффективности пломбирования эрозии зубов трубует:

1. более длительного протравливания поверхности эрозии, чем при кариесе

2. препарирования только твердосплавными борами

3. использования пломбировочных материалов без предварительного протравливания

4. реминерализующей терапии