**Тестовые вопросы по дисциплине «Терапевтическая стоматология»**

**для студентов 5 курса стоматологического факультета**

**(летняя сессия 2020-21 уч. года)**

1. Назовите средства для антисептической обработки полости рта:

-1. «Eludril».

-2. Tab. «Sebidini».

-3. Sol. chlorhexidini 0,05%.

-4. Aerosoli Hexorali.

+5. Все перечисленные.

1. Какие из перечисленных препаратов, применяемых в стоматологии, содержат ферменты?

-1. «Eludril».

+2. Unq. Iruxoli.

-3. Unq. «Zovirax».

-4. Unq. Canesteni 1%.

-5.Cholisal

1. При каких заболеваниях в стоматологии используется Unq. Virolexi 3%?

+1. Вирусные.

-2. Грибковые.

-3. Аллергические.

-4. Хроническая травма

-5. Все перечисленные

1. Назовите заболевания, при которых можно применять Unq. «Zovirax» 3%:

+1. Опоясывающий лишай.

-2. Гингивит Венсана.

-3. Пузырчатка.

-4. Кандидозный стоматит.

-5.Лейкоплакия

1. Назовите препараты, применяемые для этиологического лечения кандидозного стоматита:

-1. Unq. Oxolini 0,25%.

+2. Unq. Clotrimazoli-acri 1%.

-3. Sol. Vagothyli 36%.

-4. Unq. Iruxoli.

-5. Все перечисленные.

1. При лечении каких заболеваний вы будете применять Unq. Canesteni 1%?

-1. Герпетический гингивостоматит.

-2. Хронический афтозный стоматит.

+3. Кандидозный стоматит.

-4. Пузырчатка.

-5.Острый герпетический стоматит

1. Укажите цель микробиологического исследования:

-1. Диагностика специфического заболевания.

-2. Составление антибиотикограммы.

-3. Уточнение диагноза

+4. Все перечисленные.

1. В какой из перечисленных групп указаны только первичные элементы поражения?

-1. Пятно, розеола, эрозия, язва, трещина.

+2. Бугорок, узелок, пузырек, пустула, киста, абсцесс.

-3. Рубец, чешуйка, корка, опухоль.

-4.Пятно, трещина, рубец, абсцесс, опухоль

-5.Киста, пузырек, пузырь, афта

1. Что из перечисленного относится к вторичным элементам поражения?

-1. Киста.

-2. Волдырь.

+3. Афта.

-4. Абсцесс.

-5. Все перечисленные.

1. Какую цель преследуют регулярные профилактические осмотры пациентов с заболеванием СОПР?

-1. Поддержание гигиенических навыков.

-2. Устранение вредных привычек.

-3. Лечение заболеваний зубов и периодонта.

-4. Снижение частоты рецидивов и тяжести течения болезней СОПР.

+5. Все перечисленные.

1. Назовите наиболее частую локализацию элементов поражения при идиопатической лейкоплакии:

+1. Слизистая оболочка углов рта и щек по линии смыкания зубов.

-2. Твердое небо.

-3. Боковая поверхность языка.

-4. Нижняя губа.

-5.Предверие ротовой полости

1. Назовите основной этиологический фактор идиопатической лейкоплакии:

-1. Острая механическая травма.

+2. Хроническая травма.

-3. Аллергический фактор.

-4. Наследственный фактор.

-5.Причина неустановлена

1. Перечислите клинические симптомы, характерные для никотинового стоматита:

-1. Локализация на твердом и мягком небе.

-2. Мелкие белесоватые папулы с красной точкой в центре.

-3. Изменения в выводных протоках малых слюнных желез.

-4.Генерализованное поражение слизистой

+5. Все перечисленные.

1. Укажите элементы поражения при плоском лишае на коже:

+1. Папулы фиолетовой окраски с гиперкератозом и вдавлением в центре.

-2. Элементы поражения в виде «кокард».

-3. Сильно зудящие волдыри на фоне гиперемированной, отечной кожи.

-4. Заболевание не имеет кожных проявлений.

-5.Единичные пузыри с бесцветным содержимым

1. Назовите заболевание, для которого характерно появление на слизистой оболочке полости рта мелких (до 2 мм) папул, образующих кружевной рисунок:

-1. Лейкоплакия идеопатическая.

-2. Сифилис вторичный.

+3. Плоский лишай.

-4. Красная волчанка.

-5.Острый герпетический стоматит

1. Какие данные являются основными для постановки диагноза кандидозный стоматит?

-1. Клиническое обследование.

-2. Микроскопическое исследование.

-3. Микробиологическое исследование.

+4. Только в совокупности всех вышеперечисленных методов исследования.

1. Укажите местные факторы, способствующие развитию кандидозного стоматита:

-1. Травма слизистой оболочки полости рта.

-2. Нерациональное протезирование.

-3. Складчатый язык.

-4. Прием антибиотиков.

+5. Все перечисленные.

1. Индикатором каких нарушений является волосатая лейкоплакия?

-1. Эндокринных нарушений.

+2. Иммунодефицитных состояний.

-3. Заболеваний системы крови.

-4. Заболеваний ЖКТ.

-5.Заболевания сердечно-сосудистой системы

1. Для какого заболевания характерно появление очагов атрофии и рубцов на слизистой оболочке полости рта?

+1. Красной волчанки.

-2. Пузырчатки.

-3. Лейкоплакии.

-4. Плоского лишая.

-5.Острый герпетический стоматит

1. Назовите наиболее принципиальное отличие эритроплакии от плоской формы лейкоплакии:

-1. Различные этиологические факторы.

+2. Склонность к малигнизации.

-3. Гематологические изменения.

-4. Локализацией в полости рта.

-5.Отсутствие склонности к малигнизации

1. Укажите признаки, характерные для лейкоплакии, связанной с употреблением табака:

-1. Локализация элементов поражения на нёбе.

-2. Поражение малых слюнных желез.

+3. В анамнезе выявлено употребление табака.

-4. Поражение слизистой преддверия рта

-5. Все перечисленные

1. Назовите наиболее характерный признак волосатой лейкоплакии:

-1. Локализация на боковой поверхности языка и дне полости рта.

-2. Вирусная этиология заболевания.

-3. Иммунодефицитное состояние.

+4. Все перечисленные.

1. Назовите ваши действия при выявлении в полости рта пятен Филатова-Бельского-Коплика:

-1. Назначение антибиотиков.

-2. Назначение глюкокортикоидов.

-3. Направление на бактериологическое исследование.

-4. Назначение противовирусных препаратов.

+5. Ни одно из перечисленных.

1. Укажите ваши действия при выявлении красной волчанки:

-1. Немедленное назначение глюкокортикоидов.

-2. Направление на гистологическое исследование.

-3. Тщательная санация полости рта.

+4. Тщательная санация полости рта, лечение пациента у дерматолога

-5. Ни одно из перечисленных.

1. Назовите патогномоничный признак краснухи:

-1. Острое начало.

+2. Увеличение лимфоузлов затылочных и задней шейной области.

-3. Кожная сыпь.

-4. Локализация элементов поражения в полости рта на миндалинах.

1. При каком из перечисленных заболеваний элементы поражения не переходят с миндалин на слизистую оболочку твердого неба?

-1. Краснуха.

+2. Скарлатина.

-3. Корь.

-4. Герпетическая ангина.

1. Какая из перечисленных форм заболевания не является разновидностью лейкоплакии?

-1. Простая.

+2. Бугристая.

-3. Веррукозная.

-4. Эрозивно-язвенная.

-5.Паппулезная

1. Назовите наиболее вероятные жалобы пациентов с простой формой лейкоплакии:

+1. Жалоб не предъявляет.

-2. Дискомфорт в полости рта.

-3. Болезненность.

-4.Сухость полости рта

-5. Все перечисленные.

1. Укажите признаки, характеризующие элемент поражения при плоской форме лейкоплакии:

-1. Пятно на фоне гиперемированной, отечной слизистой оболочки.

-2. Пятно - белесоватое, сально-блестящее.

+3. Белый «налет» не снимается даже при интенсивном поскабливании.

-4. Белый «налет» снимается даже при интенсивном поскабливании

-5. Все перечисленные.

1. Назовите элемент поражения, являющийся клиническим признаком эритроплакии, но не проявляющийся при лейкоплакии:

-1. Пятно.

+2. Узелок.

-3. Эрозии.

-4. Вегетации.

-5.Афта.

1. Укажите характерные признаки элемента поражения при эритроплакии:

-1. Узелки белого цвета.

+2. Бархатистая поверхность узелков.

-3. Узелки плотные при пальпации.

-4.Пузырьки с бесцветным содержимым

-5. Все перечисленные.

1. Назовите главный дополнительный метод исследования для верификации диагноза идиопатическая лейкоплакия:

+1. Гистологическое.

-2. Микробиологическое.

-3. Цитологическое.

-4. Серологическое

-5.Иммунологическое.

1. Маркером какого состояния является волосатая лейкоплакия?

-1. Только ВИЧ-инфекции.

-2. Эндокринных нарушений.

+3. Иммунодефицитных состояний.

-4.Заболевания желудочно – кишечного тракта

-5.Заболевания сердечно-сосудистой системы

1. Укажите цель проведения микробиологического исследования при волосатой лейкоплакии:

-1. Выявление возбудителя.

-2. Составление антибиотикограммы.

+3. Дифференциальная диагностика с кандидозным стоматитом.

-4. Дифференциальная диагностика с географическим языком.

-5. Все перечисленные.

1. Назовите состояния, которые обычно можно выявить в анамнезе при кандидозном стоматите:

-1. Заболевания ЖКТ.

-2. Сахарный диабет.

-3. Длительный прием антибиотиков.

+4. Все перечисленные.

1. Что из перечисленного не является формой хронического кандидоза?

-1. Гиперпластический.

-2. Атрофический.

-3. Ангулярный хейлит.

-4. Паппулезный

+5. Псевдомембранозный.

1. Назовите форму кандидозного стоматита, при которой на СОПР выявляют большое количество налета, напоминающего «творожистые массы»:

+1. Острый псевдомембранозный.

-2. Острый эритематозный.

-3. Хронический гиперпластический.

-4. Хронический эритематозный.

1. Укажите форму кандидозного стоматита, для которой характерны резкая гиперемия СОПР, до огненно-яркого цвета, сильная боль и почти полное отсутствие налета:

-1. Острый псевдомембранозный.

+2. Острый эритематозный.

-3. Хронический гиперпластический.

-4. Хронический эритематозный.

1. Укажите форму кандидозного стоматита, при которой на гиперемированной СОПР выявляются безболезненные плотно-спаянные бляшки серо-белого цвета:

-1. Острый псевдомембранозный.

-2. Острый эритематозный.

+3. Хронический гиперпластический.

-4. Хронический эритематозный.

1. Назовите состояние, при котором чаще всего развивается атрофическая форма хронического кандидозного стоматита:

-1. Складчатый язык.

+2. Протезирование съемными пластинчатыми конструкциями.

-3. Эндокринные нарушения.

-4. Географический язык.

1. Какие сосочки языка гипертрофируются при черном (волосатом) языке?

+1. Нитевидные.

-2. Грибовидные.

-3. Листовидные.

-4. Желобоватые.

1. Что из перечисленного не является формой срединного ромбовидного глоссита?

-1. Гладкая.

+2. Атрофическая.

-3. Бугристая.

-4. Папилломатозная.

1. Укажите причины заражения СПИД:

-1. Переливание крови.

-2. Совместное введение наркотиков.

-3. Гетеросексуальные половые контакты.

-4. Гомосексуальные половые контакты.

+5. Все перечисленное.

1. Укажите место наиболее частой локализации поражений при лимфоме Ходжкина:

+1. Десны и небо.

-2. Язык.

-3. Дно полости рта и слизистая оболочка щек

1. Укажите место типичной локализации поражений при эритематозной форме кандидоза у ВИЧ-инфицированных:

+1. Небо и спинка языка.

-2. Десна.

-3. Кончик языка и дно полости рта

- 4. слизистая губ

- 5. преддверия полости рта

1. Какие признаки являются общими для клинического проявления СПИДа?

-1. Атипичность локализации.

-2. Бессимптомное течение.

+3. Упорное течение и устойчивость к терапии.

-4. Самопроизвольное исчезновение.

1. Из каких субстратов нельзя выделить ВИЧ?

-1. Кровь.

-2. Плазма.

-3. Слюна.

-4. Слезная жидкость.

-5. Пунктаты лимфоузлов.

-6. Семенная жидкость.

+7. Можно выделить из всех перечисленных.

1. Что из перечисленного не относится к клиническим стадиям СПИДа?

-1. Острая ВИЧ-инфекция.

-2. Бессимптомная ВИЧ-инфекция.

-3. Синдром генерализованной лимфоаденопатии.

+4. Синдром Ван дер Вуда.

-5. СПИД-ассоциированный комплекс.

-6. Терминальная стадия - собственно СПИД.

1. Укажите наиболее характерную локализацию герпетических высыпаний в полости рта при СПИДе:

-1. Щеки.

+2. Десны и небо.

-3. Губы.

-4. Язык и ретромолярная область.

1. Какие из перечисленных поражений полости рта часто связывают с ВИЧ-инфекцией?

-1. Веррукозная лейкоплакия.

+2. Волосатая лейкоплакия.

-3. Эритроплакия.

-4. Герпетическая инфекция.

-5. Все вышеперечисленные.

1. Укажите пути передачи ВИЧ от инфицированной матери ребенку:

-1. До родов.

-2. Во время прохождения по родовым путям.

-3. После родов.

+4. Все вышеперечисленное.

1. Где должна оказываться стоматологическая помощь ВИЧ-инфицированным?

-1. В условиях стационара.

-2. В Центрах профилактики СПИДа.

+3. В ЛПУ соответствующего профиля по месту жительства.

- 4. инфекционная больница

- 5. лепрозорий

1. Какой из перечисленных препаратов используется для химиопрофилактики СПИДа?

-1. Ампицилин.

+2. Азидотимидин.

-3. Ацикловир.

-4. Нуклеинат натрия.

1. В какие сроки следует начать профилактическую химиотерапию при возможном профессиональном заражении ВИЧ?

-1. После лабораторного подтверждения ВИЧ-инфекции у пациента.

+2. Не позднее 24 часов.

-3. В первые двое суток.

- 4. не позднее одной недели

- 5. не позднее 1 месяца

1. Что из перечисленного не относится к клиническим симптомам СПИД-ассоциированого комплекса?

-1. Лимфоаденопатия.

-2. Потеря более 10% массы тела.

-3. Повышение температуры тела более 38 С.

-4. Диарея.

+5. Сердечная недостаточность.

-6. Ночной пот.

-7. Утомляемость/недомогание.

1. Какое из перечисленных заболеваний не относится к поражениям полости рта, часто связанным с ВИЧ?

-1. Кандидоз.

+2. Герпетическая инфекция.

-3. Волосатая лейкоплакия.

-4. Лимфома не-Ходжкина.

1. Какое из предложенных действий следует предпринять при попадании биоматериала от ВИЧ-инфицированного больного в глаза?

+1. Промыть глаза водой и обработать их 30%-ным раствором сульфацил-натрия.

-2. Промыть глаза водой и обработать их 0,5%-ным раствором перманганата калия.

-3. Промыть глаза водой и обработать их 3%-ным раствором инкрасепта.

1. В какой из перечисленных биологических жидкостей организма может присутствовать ВИЧ?

-1. Кровь.

-2. Слюна.

-3. Слезная жидкость.

+4. Во всех вышеперечисленных.

1. Какой путь заражения ВИЧ наиболее распространен в мире?

+1. Половой.

-2. Парентеральный.

-3. Перинатальный.

1. Какие клетки являются основными мишенями для ВИЧ?

-1. Т-лимфоциты-киллеры.

+2. Т-лимфоциты-хелперы.

-3. В-лимфоциты.

- 4. эритроциты

1. Какая из стадий ВИЧ-инфекции напоминает инфекционный мононуклеоз?

-1. Синдром генерализованной лимфоаденопатии.

-2. СПИД-ассоциированный комплекс.

+3. Острая ВИЧ-инфекция.

1. Какие поражения полости рта часто связаны с ВИЧ-инфекцией?

-1. Герпетическая инфекция.

+2. Лимфома не-Ходжкина.

-3. Опоясывающий лишай.

-4. Все вышеперечисленные.

1. Как часто встречается кандидоз полости рта у ВИЧ-инфицированных больных?

-1. 95%.

+2. 75%.

-3. 25%.

-4. 1-3%.

- 5. 100%

1. Определите основные клинические симптомы ВИЧ-гингивита?

-1. Острая боль, локализованная в десне.

+2. Постоянная эритема десны.

-3. Некроз десневых сосочков.

- 4. легкая кровоточивость

1. Укажите первичный элемент поражения на слизистой оболочке полости рта при саркоме Капоши:

+1. Пятно.

-2. Пузырь.

-3. Язва.

-4. Бугорок.

- 5. пузырек

1. Дайте определение эндемическому флюорозу зубов:

-1. Наследственное нарушение развития эмали.

-2. Избыточное содержание фтора в воде.

-3. Заболевание неизвестной этиологии.

+4. Нарушение развития твердых тканей зуба.

1. Укажите факторы, следствием воздействия которых может быть патологическая резорбция зуба:

-1. Острая или хроническая травма.

-2. Воспалительные процессы в пульпе или периодонте.

-3. Ортодонтическое перемещение зубов.

+4. Все вышеперечисленное.

1. Как предупредить клиновидный дефект (образивный износ)?

-1. Предупредить невозможно.

-2. Отменить чистку зубов.

+3. Правильно чистить зубы.

-4. Своевременно лечить болезни периодонта.

1. Дайте определение эрозии твердых тканей зубов:

-1. Прогрессирующая убыль эмали и дентина.

+2. Кислотное растворение твердых тканей зубов.

-3. Кислотное растворение эмали.

-4. Разрушение эмали вследствие ее недоразвития.

1. Как лечить «тетрациклиновые» зубы?

-1. Тщательно полоскать рот после приема лекарств.

-2. Отменить назначение тетрациклина.

+3. Провести эстетическое пломбирование.

-4. Сошлифовать окрашенные участки.

- 5. Изготовить искусственные коронки

1. В какой из перечисленных возрастных групп преимущественно диагностируется эрозия твердых тканей зубов?

-1. Дети и школьники.

-2. Подростки.

+3. Люди среднего и пожилого возраста.

- 4. Только дети до 6-ти лет

- 5. Подростки до 15-ти лет

1. Какой из перечисленных компонентов, употребляемых в избытке с пищей, вызывает заметные изменения в эмали?

-1. Сахароза.

-2. Витамин В.

+3. Фтор.

-4. Кальций.

-5. Фрукты.

1. Какой из методов лечения вы выберете для лечения дисплазии Капдепона-Стентона?

-1. Отбеливание.

+2. Протезирование.

-3. Реминерализующая терапия.

-4. Пломбирование.

1. Какие признаки характеризуют зубы Пфлюгера?

+1. Недоразвитие бугров жевательных поверхностей первых моляров.

-2. Бочкообразная форма.

-3. Чрезмерный объем эмали на вестибулярной поверхности.

- 4. Повышенная стираемость эмали на вестибулярной поверхности

- 5. Кариес цемента корня

1. На что указывает локализация участка поражения при системной гипоплазии эмали на коронке зуба?

+1. Возраст, в котором пациент перенес причинное заболевание.

-2. Длительность заболевания.

-3. Тяжесть заболевания.

- 4. Наличие вредных привычек

- 5. Район проживания

1. Признаком какого заболевания являются «эмалевые капли»?

-1. Системной гипоплазии эмали.

-2. Местной гипоплазии эмали.

-3. Флюороза.

-4. Несовершенного амелогенеза.

+5. Гиперплазии эмали.

1. При каком заболевании зубы имеют янтарную полупрозрачность (опалесцируют), на рентгенограмме корни укорочены, определяются несформированные верхушки корней и очаги деструкции костной ткани вокруг них?

-1. Несовершенный амелогенез.

+2. Несовершенный дентиноген.

-3. Гипоплазия, деструктивная форма

- 4. Кариес эмали

- 5. Флюороз

1. Могут ли быть у одного пациента различные формы проявления флюороза?

+1. Да.

-2. Нет.

-3. Только при поражении жевательных зубов.

-4. Только при поражении фронтальных зубов.

1. Как выглядит поверхность эмали при пятнистой форме флюороза?

+1. Гладкая и блестящая.

-2. Шероховатая.

-3. Покрыта кратерообразными впадинами.

- 4. Изменений на эмали нет

- 5. Только на буграх изменения цвета эмали

1. Как изменяется проницаемость эмали для красителя при флюорозе?

+1. Остается неизменной.

-2. Увеличивается.

-3. Увеличивается при деструктивной форме.

-4. Зависит от концентрации фтора в воде.

1. Какой из корневых каналов зубов 16 и 26 наиболее широкий?

-1. Медиально-щечный.

-2. Дистально-щечный.

+3. Небный.

- 4. Наиболее ширина каналов одинакова

1. Какой из корневых каналов зубов 36 и 46 наиболее широкий?

-1. Медиально-щечный.

-2. Медиально-язычный.

+3.Дистальный.

- 4. Наиболее ширина каналов одинакова

1. Какое количество корневых каналов определяется у зуба 15?

+1. 1.

-2. 2.

-3. 3.

- 4. 4.

- 5. 5

1. Какое количество корневых каналов чаще определяется у зуба 16?

-1. 2.

+2. 3.

-3. 4.

-4. 5.

1. Какой диагностический метод позволяет достоверно установить окончание формирования корней постоянных зубов?

-1. Электроодонтодиагностика.

-2. Стоматоскопический.

+3. Рентгенографический.

1. На каком уровне происходит переход цемента корня в дентин стенок корневого канала?

-1. На уровне рентгенологической верхушки.

-2. На уровне шейки зуба.

+3. На уровне 1-1,5 мм от рентгенологической верхушки.

- 4. На уровне 3 мм

- 5. На уровне 4 мм

1. Каким нервом иннервируются моляры нижней челюсти?

+1. Нижним альвеолярным.

-2. Передним альвеолярным.

-3. Задним альвеолярным.

-4. Добавочным.

1. Каким нервом иннервируются резцы нижней челюсти?

-1. Передним альвеолярным.

-2. Подглазничным.

+3. Ментальным.

-4. Блоковым.

1. Какие нервы участвуют в иннервации центральных резцов на верхней челюсти?

+1. Передние альвеолярные ветви верхнечелюстного нерва.

-2. Резцовый нерв.

-3. Блоковый нерв.

-4. Лицевой нерв.

1. В каком из перечисленных зубов имеется два корневых канала и два корня?

-1. 11.

-2. 31.

-3. 41.

+4. 14.

-5. 12.

1. В какое анатомическое образование могут выстоять корни моляров нижней челюсти?

-1. Крылонебная ямка.

-2. Подвисочная ямка.

+3. Нижнечелюстной канал.

-4. Наружный слуховой проход.

- 5. Верхнечелюстная пазуха

1. Укажите сроки прорезывания первых постоянных резцов:

-1. 6 лет.

+2. 6-8 лет.

-3. 8-9 лет.

-4. 9-10 лет.

-5. 10-11 лет.

-6. 11-12 лет.

-7. 12-13 лет.

1. Укажите сроки прорезывания вторых постоянных резцов:

-1. 6 лет.

-2. 6-8 лет.

+3. 8-9 лет.

-4. 9-10 лет.

-5. 10-11 лет.

-6. 11-12 лет.

-7. 12-13 лет.

1. Укажите сроки прорезывания постоянных клыков:

-1. 6 лет.

-2. 6-8 лет.

-3. 8-9 лет.

-4. 9-10 лет.

+5. 10-11 лет.

-6. 11-12 лет.

-7. 12-13 лет.

1. Укажите сроки прорезывания первых премоляров:

-1. 6 лет.

-2. 6-8 лет.

-3. 8-9 лет.

+4. 9-10 лет.

-5. 10-11 лет.

-6. 11-12 лет.

-7. 12-13 лет.

1. Укажите сроки прорезывания вторых премоляров:

-1. 6 лет.

-2. 6-8 лет.

-3. 8-9 лет.

-4. 9-10 лет.

-5.10-11 лет.

+6. 11-12 лет.

-7. 12-13 лет.

1. Укажите сроки прорезывания первых постоянных моляров:

+1. 6 лет.

-2. 6-8 лет.

-3. 8-9 лет.

-4. 9-10 лет.

-5. 10-11 лет.

-6. 11-12 лет.

-7. 12-13 лет.

1. Укажите сроки прорезывания вторых постоянных моляров:

-1. 6 лет.

-2. 6-8 лет.

-3. 8-9 лет.

-4. 9-10 лет.

-5. 10-11 лет.

-6. 11-12 лет.

+7. 12-13 лет.

1. Существует ли необходимость создания в корневом канале влажной среды при работе машинными инструментами?

+1. Да.

-2. Нет.

-3. Только при работе про-файлами.

-4. Только в узких каналах.

1. При какой температуре можно стерилизовать эндодонтический инструментарий в сухожаровом шкафу?

+1. 180.

-2. 100.

-3. 115.

-4. 220.

- 5. 360.

1. Какой из перечисленных инструментов предназначен для расширения устьев корневых каналов?

+1. Гейтс-Глиден.

-2. К-файл.

-3. Н-файл.

-4. Спредер.

-5. Плагер.

1. Какой из перечисленных инструментов наиболее гибкий?

+1. К-флексофайл.

-2. Н-файл.

-3. К-файл.

- 4. Ларго

- 5. Гейтс-Глиден

1. Чем отличаются друг от друга инструменты «Ларго» и «Гейтс-Глиден»?

-1. Способом применения.

-2. Цветовым кодированием.

+3. Длиной рабочей части.

+ 4. Формой рабочей поверхности

1. Как называется инструмент для латеральной конденсации гуттаперчи?

-1. Зонд.

-2. Плагер.

+3. Спредер.

- 4. Штопфер

- 5. Гладилка

1. С какой целью применяется Гейтс-Глиден?

-1. Для распломбировки канала.

-2. Для пломбирования канала.

+3. Для расширения канала.

-4. Для извлечения отломанных фрагментов инструмента из корневого канала

-5..Для извлечения гуттаперчи.

1. Какой из перечисленных инструментов предназначен для прохождения корневого канала?

-1. B-файл.

-2. Н-файл.

-3. Гейтс-глиден.

+4. Ни один из перечисленных.

1. Укажите минимально допустимый диаметр мастер-файла:

-1. 15.

-2. 20.

+3. 25.

-4. 30.

-5. 10.

1. Как называется инструмент для вертикальной фиксации гуттаперчи?

-1. Зонд.

+2. Плагер.

-3. Спредер.

- 4. Штопфер

- 5. Трегер

1. Что из перечисленного относится к рекапитуляции?

-1. Ампутация пульпы.

-2. Резекция верхушки.

+3. Возвращение к предыдущему номеру инструмента или мастеру файла.

-4. Предварительное изгибание инструмента по форме корневого канала.

1. Какой из перечисленных ручных инструментов кодируется красным цветом?

-1. Гейтс-глиден №3.

+2. К-файл №55.

-3. Н-файл №70.

-4. К-флексофайл №10.

-5. Любой про-файл.

1. Какой из перечисленных методов позволил увеличить гибкость ручных эндодонтических инструментов?

-1. Закаливание стали.

+2. Изменение поперечного сечения.

-3. Удлинение рабочей части на 75%.

-4. Ориентирование витков в противоположном направлении.

1. Каким инструментом можно расширять устья корневых каналов?

-1. Шаровидным бором в турбинном наконечнике.

+2. ПротейперSx-файлом.

-3. Пуговчатым зондом.

-4. В-файлом

-5.H-файлом..

1. Чем отличаются стандартные ручные эндодонтические инструменты, имеющие различную цветовую кодировку?

-1. Длиной рабочей части.

-2. Количеством витков.

-3. Гибкостью.

+4. Диаметром.

-5. Отличий нет.

1. Какой из перечисленных инструментов обладает наименьшей прочностью на отлом?

-1. К-файл.

-2. А-файл.

-3. К-флексофайл.

+4. Н-файл.

-5. Файлы из никель-титанового сплава.

1. Какое из перечисленных заболеваний сопровождается болями при перкуссии?

+1. Острый апикальный периодонтит.

-2. Некроз пульпы.

-3. Хронический пульпит.

- 4. Кариес дентина

- 5. Кариес эмали

1. Какой из перечисленных симптомов характерен для некроза пульпы?

-1. Обильная кровоточивость при зондировании пульпы.

+2. Зондирование болезненно, либо чувствительно только в глубоких отделах.

-3. Острая самопроизвольная боль.

- 4. Боль при накусывании

- 5. Боль при перкуссии

1. Какой из перечисленных симптомов характерен для хронического апикального периодонтита?

-1. Боль при зондировании по дну кариозной полости.

-2. Резкая боль от холодного.

-3. Свищ на десне.

-4. Пульсирующая боль от горячего.

+5. Ни один из перечисленных.

1. Укажите показания ЭОД, характерные для воспаления пульпы?

-1. 5-12 мА.

+2. 30-80 мА.

-3. 100 и более мА.

- 4. 200 и более мА

1. При каком из перечисленных заболеваний боль может уменьшаться от холодного?

-1. Гиперемия пульпы.

-2. Кариес дентина.

+3. Гнойный пульпит.

-4. Некроз пульпы.

-5.Острый апикальный периодонтит.

1. При каком из перечисленных заболеваний отмечается образование свища?

-1. Гнойный пульпит.

-2. Некроз пульпы.

-3. Острый апикальный периодонтит.

+4. Периапикальный абсцесс.

1. Для какого заболевания характерно повышение электровозбудимости пульпы свыше 100 мкА?

-1. Острый пульпит.

-2. Хронический пульпит.

+3. Хронический апикальный периодонтит.

-4. Гнойный пульпит.

-5.Кариес дентина(глубокий)

1. Для какого заболевания характерным признаком является возникновение боли от холодного, которая медленно проходит после устранения раздражителя?

-1. Гнойный пульпит.

+2. Хронический пульпит.

-3. Некроз пульпы.

-4. Острый апикальный периодонтит.

1. Какой из перечисленных признаков характерен для острого апикального периодонтита?

-1. Пульпа резко болезненна и кровоточит при зондировании.

-2. Электровозбудимость пульпы 6-8 мкА.

+3. Перкуссия резко болезненна.

-4. На десне определяется свищ.

- 5. Жалоб нет

1. Какой из перечисленных рентгенологических признаков характерен для острого апикального периодонтита?

-1. Очаг деструкции костной ткани.

-2. Исчезновение периодонтальной щели.

+3. Снижение плотности костной ткани, окружающей верхушку причинного зуба.

-4. Остеосклероз.

- 5. Рентгенологических изменений не наблюдается

1. Какие из перечисленных методов исследования являются основными при диагностике острого пульпита?

+1. Зондирование.

-2. Электродонтодиагностика.

-3. Рентгенография.

-4. Реография.

- 5. Денситометрия

1. Какое из перечисленных заболеваний имеет клиническую картину, схожую с острым пульпитом?

+1. Гнойный пульпит.

-2. Периапикальный абсцесс.

-3. Некроз пульпы.

-4. Хронический апикальный периодонтит.

- 5. Правильных ответов нет.

1. Какой из перечисленных симптомов характерен для гиперемии пульпы?

-1. Боль при перкуссии.

-2. Постоянная ноющая боль.

+3. Острая кратковременная боль.

- 4. Боль отсутствует

- 5. Длительная боль от термических раздражителей

1. Какие жалобы характерны для острого пульпита?

-1. Сильная приступообразная боль.

-2. Пульсирующая боль.

-3. Самопроизвольная боль.

-4. Боль от холодного.

+5. Все вышеперечисленное.

1. Какие рентгенологические признаки характерны для некроза пульпы?

-1. Очаг деструкции костной ткани.

-2. Остеосклероз.

+3. Изменения отсутствуют.

- 4. Расширение периодонтальной щели

-5.Остеопороз.

1. Какое анатомическое образование может имитировать рентгенологическую картину хронического апикального периодонтита в области фронтального участка верхней челюсти на дентальной рентгенограмме?

-1. Решетчатая кость.

+2. Резцовый канал.

-3. Скуловая дуга.

-4. Подглазничное отверстие.

-5.Орбита

1. Какое анатомическое образование может имитировать рентгенологическую картину хронического апикального периодонтита в боковом участке верхней челюсти на дентальной рентгенограмме?

-1. Полость носа.

-2. Передняя черепная ямка.

+3. Верхнечелюстная пазуха.

-4. Шейный отдел позвоночника.

1. Какое анатомическое образование может имитировать рентгенологическую картину хронического апикального периодонтита в области премоляров нижней челюсти на дентальной рентгенограмме?

-1. Мыщелковый отросток нижней челюсти.

+2. Ментальное отверстие.

-3. Резцовое отверстие.

-4. Сосцевидный отросток.

- 5. Пломбировочный материал выведенный за верхушку корня

1. Какой рентгенологический признак характерен для хронического апикального периодонтита?

-1. Очаг остеопороза в костной ткани.

-2. Очаг остеосклероза в костной ткани.

+3. Очаг деструкции костной ткани.

-4. Рентгенологических проявлений нет.

1. Какой рентгенологический признак характерен для радикулярной кисты?

+1. Очаг деструкции костной ткани.

-2. Очаг остеосклероза.

-3. Изменение структуры губчатого вещества без деструкции

-4. Изменения не определяются.

1. Какой рентгенологический признак характерен для резидуальной кисты?

-1. Очаг деструкции в области корня молочного зуба.

-2. Очаг деструкции в области корней моляров.

+3. Очаг деструкции на месте ранее удаленного зуба.

-4. Очаг деструкции в области третьих моляров.

1. При каком из перечисленных заболеваний может появляться свищ на коже лица или шеи?

-1. Хронический пульпит.

+2. Хронический периапикальный абсцесс.

-3. Острый апикальный периодонтит.

-4. Гнойный пульпит.

1. Какой вид рентгенологического исследования даст наиболее достоверную информацию о состоянии периапикальных тканей?

+1. Дентальная рентгенография.

-2. Ортопантомография.

-3. Телерентгенорафия.

-4. Контрастная рентгенография.

1. Без какого из дополнительных методов обследования нельзя поставить диагноз заболеваний пульпы и периапкальных тканей?

-1. ЭОД.

+2. Рентгенография.

-3. Окрашивание твердых тканей.

-4. Функциональные пробы.

1. Какой из перечисленных диагнозов не соответствует международной классификации болезней пульпы и периодонта ICD-DA 1994 WHO?

-1. Острый пульпит.

-2. Хронический гиперпластический пульпит.

-3. Некроз пульпы.

-4. Дегенерация пульпы.

+5. Хронический фиброзный периодонтит.

1. На каких клинических этапах проводят оценку эффективности лечения?

-1. Диагностика.

-2. В ходе выполнения лечебных манипуляций.

-3. В динамическом наблюдении

+4. На всех перечисленных.

1. Какие критерии оценки эффективности лечения являются субъективными?

+1. Данные анамнеза.

-2. Данные Rn-логического исследования.

-3. Данные осмотра.

-4. Все перечисленные.

1. Какой раздел должен быть включен в специальный анамнез?

-1. Перенесенные заболевания.

-2. Анамнез жизни.

-3. Семейный анамнез.

+4. Информация о предыдущем лечении.

-5. Все перечисленное.

1. Какие вопросы освещает анамнез жизни?

-1. Место работы.

-2. Профессиональные вредности.

-3. Семейное положение.

+4. Все перечисленное.

1. На каком этапе должно осуществляться лечение кариеса зуба 11 (IV класс), OHI-S = 2,5?

-1. Неотложная помощь.

+2. После нормализации гигиены.

-3. На этапе ортопедического лечения

- 4. Непосредственно в первое посещение

- 5. После хирургической подготовки

1. Какой метод применяется для оценки контактного пункта?

-1. Зондирование.

+2. Флоссинг.

-3. Rn-графия.

-4. Стоматоскопия.

- 5. Визуальный осмотр

1. В каком случае краевая адаптация считается клинически приемлемой?

+1. Заметна трещина, дентина и прокладки не видно.

-2. Трещина глубокая, обнажает дентин и прокладку.

-3. Реставрация сломана, подвижна.

-4. Ни один из перечисленных.

1. Что следует предпринять, если по краю пломбы заметна трещина, обнажающая дентин?

+1. Заменить пломбу.

-2. Закрыть трещину композиционным материалом.

-3. Продолжить наблюдение.

- 4. Покрыть зуб коронкой

- 5. Провести эндодонтическое лечение

1. К каким критериям качества эндодонтического лечения следует относить чувствительность при пальпации?

+1. Субъективные.

-2. Объективные.

-3. Клинические.

-4. Rn-логические.

1. О чем свидетельствует чувствительность при накусывании на зуб после эндодонтического лечения?

-1. Клинически приемлемый результат.

+2. Клинически сомнительный результат.

-3. Недопустимый результат.

-4. Неправильно выбран метод лечения.

1. Каким методом оценивается качество пломбировки корневого канала?

-1. Перкуссией.

-2. Пальпаторно.

+3. Rn-логически.

-4. Все перечисленные.

1. Определите дозу облучения пациента при проведении внутриротовой Rn-графии (1 снимок):

+1. 0,02 мЗв.

-2. 0,04 мЗв.

-3. 0,02 мкЗв.

-4. 0,04 мкЗв.

1. Какие недостатки имеет ортопантрмография?

-1. Большая дозовая нагрузка.

+2. Увеличение анатомических структур.

-3. Обзор большого отдела лицевого черепа.

-4. Демонстрация межчелюстных контактов.

1. Какой критерий не применяют для оценки качества пломбировки корневого канала?

-1. Длина

-2. Равномерность

-3. Плотность.

+4. Контрастность.

-5. Все применяются.

1. В каком случае требуется перепломбировка канала?

-1. Материал выведен за верхушку.

+2. Материал не доходит до апекса более 2 мм.

-3. Канал запломбирован до верхушки.

- 4. Материалы не доходят до апекса более чем на 3 мм

- 5. Материалы не доходят до апекса более чем на 4

1. Что активирует отбеливающий агент в различных системах:

-1. воздействия тепла.

-2. источник света.

-3. энергия лазера.

+4. все выше перечисленное.

1. Укажите противопоказания для отбеливания зубов:

-1. тетрациклиновые зубы.

-2. дисколориты зубов, обусловленные наследственными заболеваниями.

+3. зубы с деструктивными очагами в апикальном периодонте.

+ 4. Молодой возраст

+ 5. беременность

1. Назовите оптимальный способ определения нависающих краев пломбы на апроксимальной поверхности зуба:

-1. зондом.

-2. визуально.

+3. флоссом.

-4. рентгенологически.

1. Укажите косвенные проявления ВИЧ-инфекции в полости рта:

-1. бактериальные поражения.

-2. грибковые поражения.

-3. вирусные.

-4. новообразования.

+5. все вышеперечисленное.

1. Какие группы населения нуждаются в обязательном следовании крови на ВИЧ-инфекцию?

+1. группа риска по социальному статусу.

+2. больные хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта, саркомой Капоши.

-3. при первичном обращении в поликлинику.

+4. иностранные граждане.

1. Индивидуальные средства гигиены ротовой полости при галитозе:

-1. скребок или щетка для языка.

-2. зубная щетка.

-3. ирригатор.

-4. флосс.

+5. все вышеперечисленное.

1. Соединения, придающие выдыхаемому воздуху неприятный запах:

+1. сероводород.

+2. метилмеркаптан.

+3. индол.

-4. двуокись углерода.

- 5. кислород

1. Перечислите общие причины галитоза:

+1. сахарный диабет.

+2. синусит.

+3. эзофагит.

-4. гипертоническая болезнь

+5. тонзиллит

1. Перечислите общие причины галитоза:

-1. периодонтит.

-2. гингивит.

-3. инфекционные заболевания слизистой ротовой полости, эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки ротовой полости.

+4. все выше перечисленное.

1. При полном отказе от курения частоту заболеваний периодонта можно сократить на:

-1. 30-60%.

-2. 20-40%.

+3. 80-90%.

-4. 100%.

-5.50%.

1. Табак может стимулировать:

-1. развитие лейкоплакии и эритроплазии, которые имеют потенциальный риск для озлокачествления.

-2. клеточные изменения, типичные для предраковых заболеваний, и истинно злокачественное превращение.

-3. генетическую мутацию некоторых генов-подавителей опухоли и соучаствовать в развитии рака, увеличивая частоту мутаций.

+4. все ответы верны.

1. Роль оксида углерода СО (он же угарный газ) в развитии заболеваний периодонта у курящих пациентов:

+1. имеет большую способность к связыванию с гемоглобином, чем кислород, таким образом, сокращается количество связанного кислорода с гемоглобином, уменьшается распределение кислорода по тканям с последующей клеточной гипоксией (кислородное голодание).

-2. возникает противодействие нормальному заживлению раны.

-3. участвует в изменении метаболизма кислорода и его дальнейшем распределении, увеличивая срок заживления раны и ее эпителизации.

-4. нет правильного ответа.

1. В каких случаях пожилым пациентам противопоказано эндодонтическое лечение:

-1. при тяжелой общесоматической патологии.

-2. при наличии обширных деструкций в периапикальных областях.

-3. при наличии обширных деструкций в областях фуркации.

-4. при подвижности зуба III-IV степени с высокой степенью рецессии десны.

+5. всё вышеперечисленное.

1. Наиболее частая локализация кариозных полостей у лиц пожилого возраста наблюдается:

-1. на жевательной поверхности.

-2. в пришеечной области.

-3. на аппроксимальной поверхности.

+4. на пришеечной и аппроксимальной поверхностях.

- 5. На жевательных буграх зубов

1. Особенности строения пульпы зубов пожилых людей состоит в:

-1. дегенерации пульпы.

+2. кальцификации пульпы.

-3. гиперплазии пульпы.

-4. возрастные изменения отсутствуют.

1. Поведение пожилых людей может проявляться в:

-1. абсолютном доверии к лечащему врачу и процессу лечения.

+2. устойчивому недоверию к лечащему врачу и процессу лечения.

+3. агрессивному поведению, скрытности и замкнутости.

+4. скрытым нежеланием принимать новое.

1. Особенности строения дентина зубов пожилых людей состоит в:

-1. увеличении перитурбулярного дентина.

-2.склерозировании дентина.

-3. образовании слепых путей в дентине.

+4. всё вышеперечисленное.

1. Пожилой возраст хронологически по решению ВОЗ наступает:

-1. с 90 лет жизни.

-2. с 75-89 лет.

+3. с 60-74 лет.

-4. с 45-59 лет.

- 5. С 35 лет

1. Что относится к фотосенсибилизаторам, используемых для ФДТ:

-1. толуидиновый синий.

-2. мителеновый синий.

-3. фотолон.

-4. фотодитазин.

+5. всё вышеперечисленное.

1. Оптимальное время экспозиции препаратов на основе ЭДТА в корневом канале считается:

-1. 1 сутки.

-2. 12 часов.

-3. 8 часов.

-4. 4 часа.

-5. 1 час.

+6. 5 минут.

1. Стандарт антисептической обработки системы корневого канала предусматривает использование:

-1. 3% раствор Н2О2.

-2. гипохлорит натрия 3%.

-3. ЭДТА.

-4. 0,2% раствор хлоргексидина.

+5. сочетание использования раствора гипохлорита натрия и препаратов на основе ЭДТА.

1. Применение никель-титановых инструментов РrоТареr предназначено для использования техники:

-1. Step Back.

+2. Crown Down.

-3. Step Down.

-4. метод сбалансированной силы.

1. Техника Step Down предусматривает:

-1. усовершенствованный метод Crown Down.

-2. унифицированный метод Step Back.

+3. комбинацию методов Crown Down и Step Back.

-4. усовершенствованная методика сбалансированной силы.

1. Техника Double Flare предусматривает:

-1. комбинацию методов Crown Down и Step Back.

+2. комбинацию техники Crown Down и Step Back.

-3. унифицированный метод Step Back.

-4. усовершенствованный метод Crown Down.

1. Укажите виды эндодонтических наконечников:

+1. вибрационные.

-2. лазерные.

+3. механические.

-4. световые.

1. Из каких инструментов состоит набор протейперов:

+1. расширяющие.

+2. формирующие.

-3. выравнивающие.

+4. ручные протейперы.

-5. устьевые.

1. На какие группы разделяется ротационные эндодонтические инструментарий:

+1. активный.

+2. пассивный.

-3. лабильный.

+4. полуактивный.

-5. полупассивный.

1. По каким признакам можно отличить на дентальной рентгенограмме радикулярную кисту от хронического апикального периодонтита?

+1. размер очага.

-2. четкость контуров.

+3. количество вовлеченных зубов.

-4. отличить невозможно.

- 5. Степень расширения перидонтальной щели

1. Какое обозначение по FDI-system соответствует первому постоянному моляру нижней части слева?

-1. 16.

-2. 26

+3. 36

-4. 46.

1. Какое обозначение по FDI-system соответствует первому постоянному моляру верхней челюсти слева?

-1. 16.

+3. 26.

-3. 36.

-4. 46.

1. Какое обозначение по FDI-system соответствует первому премоляру верхней челюсти слева?

-1. 14.

+2. 24.

-3. 34.

-4. 44.

1. Какое обозначение по FDI-system соответствует первому постоянному резцу нижней челюсти справа?

-1. 11.

-2. 21.

-3. 31.

+4. 41.

1. Какое обозначение по FDI-system соответствует постоянному клыку нижней челюсти слева?

-1. 13.

-2. 23.

+3. 33.

-4. 43.

1. Сколько бугорков на окклюзионной поверхности 14 зуба?

-1. Один.

+2. Два.

-3. Три.

-4. Четыре.

-5. Пять.

1. Сколько бугорков на окклюзионной поверхности 26 зуба?

-3. Один.

-2. Два.

-3. Три.

+4. Четыре.

-5. Пять.

1. Сколько бугорков на окклюзионной поверхности 36 зуба?

-1. Один.

-2. Два.

-3. Три.

-4. Четыре.

+5. Пять.

1. Сколько бугорков на окклюзионной поверхности 47 зуба?

-1. Один.

-2. Два.

-3. Три.

+4. Четыре.

-5. Пять.

1. Какие бугорки окклюзионной поверхности 26 зуба имеют наибольший размер?

-1. Щечные.

-2. Нёбные.

+3. Медиальный щечный и нёбный.

-4. Дистальные щечный и нёбный.

1. Какие бугорки окклюзионной поверхности 36 зуба имеют наибольший размер?

-1. Щечные.

-2. Язычные.

+3. Медиальный щечный и язычный.

-4. Дистальные щечные и язычный.

1. Укажите микротвердость эмали зуба:

-1. 200-250 кг/мм.

-2. 250-300 кг/мм.

-3. 300-350 кг/мм.

+4. 350-400 кг/мм.

- 5. Свыше более 500 кг/мм

1. Каким из указанных параметров определяется успех реставрации:

-1. Профессиональной подготовкой врача.

-2. Оснащением оборудованием и материалами.

-3. Местными факторами в полости рта пациента.

+4. Всё вышеперечисленное.

1. На какие качества материала влияет устойчивость к раскалыванию?

-1. Предупреждает отлом пломбы.

-2. Предупреждает распространение трещин.

-3. Влияет на краевое прилегание.

+4. Всё вышеперечисленное.

1. Какое осложнение может вызывать высокая полимиризационная усадка материала?

-1. Неполная полимеризаци пломбы.

+2. Нарушение краевого прилегания.

-3. Нарушение поверхности пломбы.

- 4. Все вышеперечисленное.

1. С чем может быть связано возникновение постоперационнй чувствительности при применении химиокомпозита?

-1. Нагреванием зуба при полимеризации материала.

-2. Излишним уплотнением материала.

+3. Усадкой материала.

-4. Все вышеперечисленное.

1. С чем может быть связано возникновение постоперационнй чувствительности при применении фотокомпозита?

-1. Нагреванием зуба при препарировании

-2. Нагреванием зуба при полимеризации материала.

-3. Усадкой материала.

+4. Все вышеперечисленное

1. Для чего рекомендуется послойное внесение и полимеризация фотокомпозита?

+1. Для уменьшения усадки.

-2. Для увеличения прочности пломбы.

-3. Для улучшения адгезии.

-4. Все вышеперечисленное.

1. Какое количество остаточного свободного мономера присутствует в современном композиционном материале после полимеризации?

-1. 70-80%.

+2. 20-30%.

-3. 5-10%.

- 4. 3%

- 5. 2%.

1. Имеет ли работа врача-стоматолога профессиональные вредности?

-1. Нет.

-2. Да.

+3. Только при нарушении режима работы.

-4. Только при работе с амальгамой.

- 5. Только при работе в условиях туберкулезного диспансера

1. Что из перечисленного является критерием оценки качества реставрации?

-1. Восстановление формы и функции.

-2. Эстетика.

-3. Краевой прилегание.

-4. Качество поверхности.

+5. Все вышеперечисленное.

1. Укажите характерные для стеклоиономерных цементов положительные свойства:

-1. Высокая абразивная устойчивость.

+2. Высокая прочность на сжатие.

-3. Высокая устойчивость к раскалыванию.

-4. Ни одно из перечисленных.

1. Что обосновывает использование стеклоиономерных цементов для изолирующих прокладок?

-1. Образуют связь с дентином.

-2. Образуют связь с композитом.

-3. Оказывает антикариозное действие

.-5.Аккумулирует ионы фтора

+4. Все вышеперечисленное.

1. Какой из перечисленных пломбировочных материалов предпочтительнее использовать при лечении кариеса цемента?

+1. Стеклоиономерный цемент.

-2. Компомер.

-3. Амальгама.

-4. Композит.

-5.Цинк фосфатный цемент

207. Чему равна средняя скорость твердения стеклоиномерного цемента?

-1. 1 мин.

-2. 2 мин.

-3. 3 мин.

+4. 4мин.

1. Укажите среднее значение усадки стеклоиономерного цемента?

-1. 0,01%.

-2. 0,05%.

+3. 0,15%.

-4. 0,2%.

1. Является ли серебряная амальгама идеальным пломбировочным материалом?

+1. Нет.

-2. Да.

-3. На жевательных зубах.

-4. При соблюдении правил приготовления.

-5.Только при хорошей гигиене полости рта.

1. Какой химический элемент обеспечивает прочность пломбы из амальгамы?

-1. Цинк.

-2. Олово.

-3. Ртуть.

+4. Медь.

+5. Серебро.

1. Что оказывает влияние на окончательное содержание ртути в амальгаме?

-1. Размер частиц сплава.

+2. Техника конденсации.

-3. Форма частиц сплава.

-4. Все вышеперечисленное.

1. Имеет ли влияние на краевое прилегание пломб степень их полировки?

+1. Имеет всегда.

-2. Не имеет.

-3. Имеет при изготовлении пломб из амальгамы.

-4. Имеет при изготовлении пломб из композита.

-5.Имеет при при изготовлении пломб из стклоиономерного цемента

1. Укажите максимальную толщину слоя большинства фотокомпозитов при засветке:

-1. 1 мм.

+2. 2 мм.

-3. 2,5 мм.

-4. 3 мм.

1. Какой размер частиц наполнителя имеют современные микрогибридные композиты?

-1. 0,04-0,4 мкм.

-2. 0,6-1 мкм.

-3. 2-30 мкм.

+4. 0,01-3,5 мкм.

1. Укажите положительные свойства макронаполненных композитов:

-1. Хорошая полируемость.

+2. Достаточная твердость.

-3. Устойчивость к истеранию.

-4. Отсутствие истирания антагониста.

-5. Все вышеперечисленное.

1. Укажите положительные свойства микрофильных композитов:

+1. Хорошая полируемость.

-2. Достаточная твердость.

-3. Устойчивость к истеранию.

-4. Все вышеперечисленное.

1. С какой целью может быть использован опаковый оттенок композиционного материала?

-1. Для увеличения прозрачности.

+2. Для изменения и маскировки цвета тканей зуба.

-3. Для востановления режущего края.

-4. Все вышеперечисленное.

1. Какой из перечисленных реставрационных материалов является наилучшим для пломбирования кариозных полостей 1-2 класса?

-1. СИЦ.

-2. Микрофильный композит.

-3. Компомер.

+4. Серебряная амальгама.

-5.Цинк фосфатный цемент.

1. Укажите, что из перечисленного может вызвать боль при препарировании дентина:

-1. Пересечение отростков одонтобластов.

-2. Раздражение пульпы при повышенном теплообразовании.

-3. Раздражение пульпы при давлении на дно кариозной полости.

-4. Вибрация.

+5. Все вышеперечисленное.

1. Укажите максимальное расстояние от световода лампы до поверхности материала:

-1. 4 мм.

+2. 5 мм.

-3. 8 мм.

-4. 10 мм.

-5.2 мм

1. Какой пломбировочный материал относится к классу компомеров?

-1. «Dycal».

+2. «Dyract».

-3. «Agua Gem».

-4. «Agua Jonofil».

-5.Ketak-fil

1. Для чего используется жидкий композит при применении техники «слоёной» реставрации?

-1.Для улучшения краевого прилегания пломбы.

-2. Для компенсаций напряжений, возникающих при действии окклюзионных нагрузок.

-3. Для заполнения «проблемных» участков кариозной полости.

+4. Все вышеперечисленное.

1. Что относится к «проблемным» зонам кариозной полости?

-1. Придесневая стенка.

-2. Неровности рельефа.

-3. Острые углы.

-4. Ретенционные «подрезки».

+5. Все вышеперечисленное.

1. Чего необходимо добиться при формировании кариозной полости, в случае, если реставрация не будет испытывать окклюзионной нагрузки (для фотополимера)?

-1. Устойчивость формы.

-2. Удерживающей и удобной формы.

+3. Удаления размягченного дентина и изменной эмали.

-4. Все вышеперечисленное.

1. От чего зависят физико-механические свойства композиционных материалов?

-1. От количества и свойств наполнителя.

-2. От размера частиц наполнителя.

-3. От свойств органической матрицы.

+4. Все вышеперечисленное.

1. Что из ниже перечисленного является противопоказанием к изготовлению винира?

-1. Средняя степень флюороза.

-2. Тетрациклиновые зубы.

-3. Низкие клинические коронки.

+4. Наличие аллергии на компонент композита.

1. Чем отличается ормокер от композиционного материала?

-1. Размером частиц наполнителя.

-2. Формой частиц наполнителя.

+3. Присутствием в составе матрицы неорганических веществ.

-4. Присутствием в составе матрицы органических веществ.

-5. Все вышеперечисленное.

1. Как возможно исключить ошибки, связанные с дозированием порошка и жидкости при замешивании СИЦ и добиться оптимального качества реставрации (прокладки)?

-1. Придерживаться инструкции.

+2. Использовать СИЦ в специальных активируемых капсулах.

-3. Использовать мерную ложечку для порошка.

-4. Использовать СИЦ, замешиваемые на воде.

1. В течение какого времени после реставрации СИЦ выделяют фтор в значительном количестве?

-1. 2 часа.

-2. 3 месяца.

+3. 1 год.

-4. Все время.

1. Что используется в качестве жидкости в классическом стеклоиономерном цементе?

-1. Фосфорная кислота.

+2. Полиакриловая кислота.

-3. Малеиновая кислота.

-4. Дистилированная вода.

1. Какие предприятия необходимо предпринять для снижения послеоперационной чувствительности?

-1. Придерживаться принципов направленной полимеризации и влажного бондинга.

-2. Использовать фторпрепараты для обработки поверхности.

-3. Использовать в качестве прокладки СИЦ.

+4. Все вышеперечисленное.

1. Какие из перечисленных свойств пломбировочных материалов не относятся к положительным?

-1. Большая адгезивность.

+2. Большая теплопроводность.

-3. Большая прочность.

-4. Большая устойчивость к растворению.

-5. Большая химическая стойкость

1. Что определяет шероховатость и блеск поверхности композитов?

+1. Средний размер частиц наполнителя.

-2. Форма частиц наполнителя.

-3. Состав органической матрицы.

-4. Все вышеперечисленное

1. Как оценивается полируемость реставрационных материалов?

-1. По легкости достижения гладкой поверхности.

-2. По качеству шероховатости поверхности.

-3. По времени сохранения результатов полировки.

+4. Все вышеперечисленное.

1. Каким инструментом можно расширять устья корневых каналов?

-1. Шаровидным бором в турбинном наконечнике.

+2. Про-тейпер Sx.

-3. Пуговчатым зондом.

-4.Н-файлом.

+5Гейдс-глиден

1. Причины возникновения эндопериодонтальных поражений:

+1. некроз пульпы с дренированием через периодонтальную связку при наличии сопутствующих заболеваний периодонта.

-2. перфорация корня.

-3 зубные отложения.

-4. хронический пульпит.

1. Выберите соответствующие признаки, характеризующие клиническую картину при периодонтальном абсцессе:

-1. Отмечается потеря костной ткани межальвеолярной перегородки.

-2. Свищ встречаются на прикрепленной десне.

-3. Болезненна горизонтальная перкуссия.

+4. Всё вышеперечисленное.

1. Эффективность лечения патологии эндопериодонта на рентгенограмме можно оценить по:

-1. отсутствию активных процессов горизонтальной и вертикальной резорбции.

-2. уплотнению кортикальной пластинки.

-3. увеличению межальвеолярной высоты.

+4. всё вышеперечисленное.

1. План лечения пациентов с эндопериодонтальными поражениями включает следующие методы:

-1. хирургические.

-2.ортопедические

-2. эндодонтическое лечение.

-3. регулярное обследование и качественное проведение индивидуальной и профилактической гигиены.

+4. всё вышеперечисленное.

1. Укажите локальные факторы, способствующие развитию острого периодонтального абсцесса:

-1. неправильное и неполноценное снятие поддесневых зубных отложений.

-2. попадание инородного тела в ЗДК.

-3. травма.

-4. перфорация стенки корня или его перелом.

+5. все перечисленное.

1. Какие мероприятия неотложной помощи проводят при остром периодонтальном абсцессе в первое посещение?

-1. обезболивание.

-2. дренирование очага.

-3. рекомендации: полоскание 1,5 %-ным раствором перекиси водорода в домашних условиях не менее 3 раз в день.

-4. мотивация, обучение гигиене полости рта.

+5. все вышеперечисленное.

1. Какие мероприятия неотложной помощи проводятся при остром периодонтальном абсцессе во второе посещение?

-1. ревизия очага, антисептическая обработка.

-2. профессиональная гигиена.

-3. коррекция индивидуальной гигиены и повторная мотивация.

-4. планирование дальнейшего комплексного лечения заболевания периодонта.

+5. все вышеперечисленное.

1. Какие признаки соответствуют острому апикальному периодонтиту (при серозном экссудате)?

–1. электровозбудимость пульпы не изменена.

–2. электровозбудимость 60-80 мкА.

+3. электровозбудимость более 100 мкА.

+4. на рентгенограмме изменений в периодонте нет.

–5. на рентгенограмме незначительные деструктивные изменения в области верхушки корня.

1. Назовите жалобы, характерные для острого апикального периодонтита (при серозном экссудате):

–1. острая боль.

–2. приступообразная боль.

+3. постоянная ноющая боль.

–4. боль усиливается от холодного.

+5. боль усиливается при накусывании.

–6. от холодного успокаивается.

1. Назовите жалобы, характерные для острого апикального периодонтита (при гнойном экссудате):

+1. острая нестерпимая боль.

–2. приступообразная боль.

–3. постоянная ноющая боль.

–4. боль усиливается от холодного.

+5. ощущение «выросшего» зуба.

+6. прикосновение к зубу болезненно.

1. При каком заболевании необходимо проводить анализ крови?

-1. при неспецифическом гингивите.

-2. при дифтерии.

-3. при сифилисе.

+4. при всех перечисленных.

1. Укажите локальные факторы, способствующие развитию острого язвенного гингивита:

-1. плохая гигиена рта.

-2. курение.

-3. аномалии расположения зубов.

-4. курение.

+5. все перечисленное.

1. Когда при лечении гингивита используют ферменты?

+1. в процессе снятия некротического налета.

-2. во время хирургического лечения.

-3. в процессе всего лечения.

-4. не используются вообще.

1. Какие мероприятия неотложной помощи проводят при остром гингивите в первое посещение?

-1. обезболивание.

-2. удаление налетов и зубных отложений.

-3. рекомендации: полоскание 1,5 %-ным раствором перекиси водорода в домашних условиях не менее 3 раз в день.

-4. мотивация, обучение гигиене полости рта.

+5. все вышеперечисленное.

1. Какие мероприятия неотложной помощи проводятся при остром гингивите во второе посещение?

-1. антисептическая обработка.

-2. профессиональная гигиена.

-3. коррекция индивидуальной гигиены и повторная мотивация.

-4. планирование дальнейшего комплексного лечения заболевания периодонта.

+5. все вышеперечисленное.

1. Укажите первый симптом, определяющий корневую чувствительность:

-1. реакция на сладкое.

+2. реакция на холод.

-3. реакция на кислое.

-4. реакция на горячее.

-5. тактильная чувствительность.

1. Какие причины вызывают рецессию десны:

-1. неправильная чистка зубов.

-2. флоссирование.

-3. парафункциональные привычки.

-4.заболевания периодонта.

-5. ортодонтическое лечение.

+6. все вышеперечисленное.

1. Какие методы лечения возможны при лечении периодонтальной атрофии?

-1. использование нестероидных противовоспалительных препаратов.

+2. избирательное пришлифовывание.

-3. антибиотикотерапия.

-4. местное применение склерозирующих средств.

1. При каком диагнозе на рентгенограмме определяется равномерное снижение высоты альвеолярного отростка с сохранением кортикальных пластин?

-1. простой маргинальный гингивит.

+2. периодонтальная атрофия.

-3. хронический простой периодонтит.

-4. хронический сложный периодонтит.

1. Как определить скрытую рецессию десны?

-1. визуально.

-2. при помощи струй воздуха.

+3. зондированием.

-4. пальпацией

1. Какой фактор риска является ведущим в развитии травматической рецессии?

-1. Плохая гигиена.

-2. Глубокий прикус.

+3. Чрезмерная чистка зубов.

-4. Воспаление.

1. Назовите возможные причины физиологической рецессии?

-1. Чрезмерная чистка зубов.

-2. Воспаление десны.

+3. Возрастные изменения тканей периодонта.

-4. Зубочелюстные аномалии.

1. Каким микроорганизмам принадлежит ведущая роль в этиопатогенезе быстропрогрессирующих форм периодонтита:

-1. грамотрицательным аэробам.

-2. грамположительным аэробам.

+3. грамотрицательным анаэробам.

-4. грамположительным анаэробам.

1. Выберите соответствующие признаки, характеризующие клиническую картину при препубертатном ЮП:

-1. развивается во временном или смешанном прикусе.

-2. может носить локализованный и генерализованный характер.

-3. заболевание сопровождается отитом среднего уха, кожными проявлениями.

-4. болеют в равной степени и мальчики, и девочки.

+5. всё вышеперечисленное.

1. Выберите соответствующие признаки, характеризующие клиническую картину при локализованной форме ЮП:

+1. поражения в области 1-2-х зубов.

-2. поражения всех групп зубов.

+3. женщины болеют чаще мужчин.

-4. мужчины болеют чаще женщин.

+5. на Rg: дугообразный дефект костной ткани альвеолярного отростка в области первого моляра.

1. Выберите соответствующие признаки, характеризующие клиническую картину при постювенильном периодонтите:

-1. клинически частые обострения.

-2. обострения сопровождаются высокой температурой, потерей веса, депрессивными состояниями.

-3. заболевание протекает с различной степенью тяжести сопутствующего гингивита.

+4. всё вышеперечисленное.

1. План лечения пациентов с БПП включает следующие методы:

-1. хирургические.

-2. антибиотикотерапия с предварительным исследованием микрофлоры.

-3. регулярное обследование и качественное проведение индивидуальной и профилактической гигиены.

+4. всё вышеперечисленное.

1. Каковы общие признаки лечения пациентов с патологией периодонтита, ассоциированными системными заболеваниями?

-1. Обязательное планирование лечения.

-2. Радикальную позицию в отношении лечения зубов со спорным прогнозом.

-3. Высокий уровень мотивированности пациента и его мануальных навыков.

-4. Сотрудничество со стоматологом, в том числе лиц, обеспечивающих уход за пациентами, имеющими инвалидность.

+5. Вcё перечисленное.

1. Какие факторы необходимо учитывать при планировании лечения пациента с периодонтитом, ассоциированными системными заболеваниями?

-1. Возраст пациента.

-2. Состояние полости рта.

-3. Прежний опыт лечения.

+4. Все перечисленное.

1. Перечислите некоторые системные заболевания, ассоциированные патологией тканей периодонта:

-1. сахарный диабет.

-2. гистициотозы X.

-3. синдром Папильона-Лефевра.

-4. синдром Чедиак-Хигаши.

-5. синдром «ленивых лейкоцитов».

+6. все перечисленное.

1. СПИД-индикаторные заболевания в полости рта:

-1. кандидоз.

-2. герпетический стоматит, персистирующий в полости рта, на красной кайме губ и коже лица более 1 мес., с тенденцией к распространению и углублению процесса.

-3. саркома Капоши.

-4. язвенно-некротический гингивит.

+5. все перечисленное.

1. Наиболее часто встречаемой формой гингивита у пациентов с ВИЧ-инфекцией является:

-1. язвенно-некротический гингивит

-2. хронический гиперпластический гингивит

-3. хронический простой маргинальный гингивит

+4. все перечисленное.

1. Что из нижеперечисленного относится к абсолютным противопоказаниям к ортодонтическому лечению у взрослых?

-1. декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы.

-2. заболевания костной системы, снижающие репарацию кости.

-3. заболевания эндокринной системы.

-4. болезни крови.

+5. все перечисленное.

1. Перечислите относительные противопоказания к ортодонтическому лечению у взрослых:

-1. неудовлетворительная гигиена полости рта гистициотозы X.

-2. предраковые и злокачественные заболевания полости рта Синдром Чедиак-Хигаши.

-3. заболевания височно-нижнечелюстного сустава.

+4. все перечисленное.

1. Перечислите показания к ортодонтическому лечению заболеваний периодонта у взрослых:

-1. феномен Попова-Годона.

-2. тремы и диастемы, обусловленные смещением зубов.

-3. глубокий прикус.

-4. глубокий прикус, прогения, осложненные вторичной деформацией зубных рядов.

+5. все перечисленное

1. Суть хирургического лечения перед ортодонтическим лечением заключается в?

-1. резекции избыточной кости.

-2. пластике уздечки.

-3. декортикации.

-4. компактоостеотомии.

+5. все перечисленное.

1. Ключевыми клиническими параметрами хронического сложного периодонтита у взрослых с зубочелюстными деформациями являются:

-1. наличие хронического воспалительного процесса в тканях периодонта.

-2. травматическая окклюзия саркома Капоши

-3. смещение зубов и деформация зубных рядов.

+4. все перечисленное.

1. Повреждение поддерживающих структур зуба в результате жевательной дисфункции называется:

+1. окклюзионной травмой.

+2. травмой от окклюзии.

–3. апикальным периодонтитом.

–4. все перечисленное.

1. По механизму развития различают следующие виды травматической окклюзии:

–1. сложную.

+2. комбинированную.

+3. первичную.

+4. вторичную.

1. Причинами развития травматической перегрузки могут быть:

–1. особенности анатомического строения периодонтальной связки зуба.

+2. поражение жевательных мышц, парафункции.

+3. нерациональное протезирование.

+4. дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

+5. нерациональное ортодонтическое лечение.

1. Патологическими механизмами в развитии вторичной травматической окклюзии являются:

–1. резорбция костной ткани альвеолярного отростка.

–2. разрушение периодонтальной связки зуба.

–3. увеличение внеальвеолярной части зубов.

–4. патологическая подвижность и перемещения зубов.

–5. потеря межзубных контактов и единства зубного ряда.

+5. все перечисленное.

1. При каком виде окклюзионной травмы достаточно бывает проведения этиотропного лечения?

+1. первичной.

–2. вторичной.

–3. комбинированной.

–4. все перечисленное.

1. При каком виде окклюзионной травмы требуется комплексное терапевтическое (местное и общее), хирургическое и ортопедическое лечение?

–1. первичной.

+2. вторичной.

+3. комбинированной.

–4. все перечисленное.

1. При каком виде окклюзионной травмы после устранения перегрузки зубов во всех тканях периодонта возникают репаративные процессы?

+1. первичной.

–2. вторичной.

–3. комбинированной.

–4. все перечисленное.

1. При каком виде окклюзионной травмы после устранения перегрузки зубов можно рассчитывать лишь на стабилизацию патологического процесса?

–1. первичной.

+2. вторичной.

+3. комбинированной.

–4. все перечисленное.

1. Для какого вида окклюзионной травмы характерна строгая локализация патологических изменений в области одного или нескольких зубов?

+1. первичной.

–2. вторичной.

–3. комбинированной.

–4. все перечисленное.

1. Для какого вида окклюзионной травмы характерно поражение периодонта чаще в области всех зубов?

–1. первичной.

+2. вторичной.

+3. комбинированной.

–4. все перечисленное.

1. Для какого вида окклюзионной травмы характерна задержка стираемости бугров зубов?

–1. первичной.

+2. вторичной.

+3. комбинированной.

–4. все перечисленное.

1. На рентгенограммах при первичной травматической окклюзии выявляется:

+1. резорбция костной ткани альвеолярного отростка лишь в области перегруженных зубов.

–2. резорбция костной ткани альвеолярного отростка выявляется на всем протяжении зубных рядов.

+3. неравномерное расширение периодонтальной щели.

+4. очаги разрежения костной ткани в околоверхушечной области перегруженных зубов.

+5. избыточное отложение цемента в апикальной трети корня.

–6. нарушение непрерывности кортикальной пластинки.

+7. наличие дентиклей в полости зуба.

1. На рентгенограммах при вторичной травматической окклюзии выявляется:

–1. резорбция костной ткани альвеолярного отростка лишь в области перегруженных зубов.

+2. резорбция костной ткани альвеолярного отростка выявляется на всем протяжении зубных рядов.

–3. неравномерное расширение периодонтальной щели.

–4. очаги разрежения костной ткани в околоверхушечной области перегруженных зубов.

–5. избыточное отложение цемента в апикальной трети корня.

+6. нарушение непрерывности кортикальной пластинки.

–7. наличие дентиклей в полости зуба.

1. На рентгенограммах при комбинированной травматической окклюзии выявляется:

–1. резорбция костной ткани альвеолярного отростка лишь в области перегруженных зубов.

–2. резорбция костной ткани альвеолярного отростка выявляется на всем протяжении зубных рядов.

–3. неравномерное расширение периодонтальной щели.

–4. очаги разрежения костной ткани в околоверхушечной области перегруженных зубов.

–5. избыточное отложение цемента в апикальной трети корня.

–6. общее нарушение непрерывности кортикальной пластинки.

–7. наличие дентиклей в полости зуба.

+8. все перечисленное.

1. Супраконтакт это:

+1. нежелательный окклюзионный контакт, препятствующий смыканию зубов в центральной окклюзии, скольжению в нее из других положений нижней челюсти.

–2. нежелательный окклюзионный контакт, препятствующий смыканию зубов в центральной окклюзии.

–3. нежелательный окклюзионный контакт, препятствующий смыканию зубов во всех видах окклюзии.

–4. преждевременный окклюзионный контакт.

1. Типы супраконтактов:

–1. центрический.

–2. на рабочей стороне.

–3. на балансирующей стороне.

–4. в передней окклюзии.

+5. все перечисленное.

1. Цели избирательного пришлифовывания зубов:

–1. устранение травматической ситуации в периодонте путем распределения функциональной нагрузки на возможно большее количество зубов.

–2. распределение нагрузки по оси зубов.

–3. снятие патологической активности жевательных мышц.

–4. устранение балансирующих и гипербалансирующих супраконтактов.

–5. создание стабильной устойчивой центральной окклюзии.

+6. все перечисленное.

1. В первое посещение при проведении пришлифовывания зубов по Дженкельсону выявляют преждевременные окклюзионные контакты:

–1. I класса в дистальной окклюзии.

–2. II класса в центральной окклюзии.

+3. III класса в дистальной окклюзии.

–4. I класса в центральной окклюзии.

–5. III класса в центральной окклюзии.

1. Во второе посещение при проведении пришлифовывания зубов по Дженкельсону выявляют преждевременные окклюзионные контакты:

–1. I класса в дистальной окклюзии.

–2. II класса в центральной окклюзии.

–3. III класса в дистальной окклюзии.

+4. I класса в центральной окклюзии.

–5. III класса в центральной окклюзии.

1. В третье посещение при проведении пришлифовывания зубов по Дженкельсону выявляют преждевременные окклюзионные контакты:

–1. I класса в дистальной окклюзии.

+2. II класса в центральной окклюзии.

–3. III класса в дистальной окклюзии.

–4. I класса в центральной окклюзии.

–5. III класса в центральной окклюзии.

1. В четвертое посещение при проведении пришлифовывания зубов по Дженкельсону выявляют преждевременные окклюзионные контакты:

–1. I класса в дистальной окклюзии.

–2. II класса в центральной окклюзии.

–3. III класса в дистальной окклюзии.

–4. I класса в центральной окклюзии.

+5. III класса в центральной окклюзии.

1. При проведении хирургического лечения тканей периодонта необходимо учитывать:

-1. Тщательность удаления зубных отложений.

-2. Отсутствие супраконтактов. при их наличии следует провести функциональное избирательное пришлифовывание по Дженкельсону

-3. Выполнено ли при наличии показаний шинирование подвижных зубов - временное или постоянное.

+4. Все перечисленное.

1. К гингивальным операциям относят:

-1. Френулотомия.

-2. Гингивотомия.

-3. Гингивэктомия.

-4. Вестибулопластика.

-5. Кюретаж.

+6. Все перечисленное.

1. К мукогингивальным операциям относят:

-1. Френулотомия.

-2. Гингивотомия.

-3. Гингивэктомия.

-4. Вестибулопластика.

-5. Кюретаж.

+6. Все перечисленное.

1. Мембраны для проведения направленной регенерации тканей делятся на следующие группы:

-1. рассасывающиеся.

-2. нерассасывающиеся.

-3. натуральные резорбируемые.

+4. все перечисленное.

1. Показания к закрытому кюретажу:

-1. Раннее воспаление десны.

-2. Резорбция кости альвеолярного гребня.

+3. Неглубокие десневые карманы. до 4 мм

-4. Внутрикостные карманы в области резцов и первых моляров.

-5. Язвенно-некротический гингивит

-6. Карманы глубиной от 4 до 6 мм.

1. Показания к гингивотомии:

-1. неглубокие десневые карманы.

-2. внутрикостные карманы в области резцов и первых моляров.

+3. периодонтальный абсцесс.

-4. глубокие и узкие периодонтальные карманы.

1. На этапе поддерживающего лечения при повторных визитах к стоматологу в амбулаторной карте фиксируются:

-1. Изменение состояния десны

-2. Изменение подвижности зубов.

-3. Изменение окклюзионных соотношений

-4. Состояние имеющихся пломб и протезов.

+5. Все перечисленное.

1. Прогрессированию периодонтита даже при правильно проведенном комплексном лечении способствуют:

-1. Неполное удаление поддесневой зубной бляшки.

-2. Постоянная реколонизация кармана бактериями

-3. Не вызывает формирования нового соединительнотканного прикрепления к поверхности корня

+4. Все перечисленное.

1. План поддерживающего лечения каждого больного включает следующие основные позиции:

-1. Обследование полости рта и периодонта.

-2. Повторное снятие зубных отложений.

-3. Планирование сроков следующего визита пациента.

+4. Все перечисленное.

1. Показания к эстетической оперативной периодонтологии:

+1. Закрытие рецессии десны.

+2. Удлинение коронок зубов.

+3. Разрастание и деформация десневых сосочков.

-4. Патологические зубодесневые карманы более 5 мм.

-5. Короткая уздечка языка.

1. Показания к закрытию рецессии латеральным скользящим лоскутом:

-1 глубокие проксимальные периодонтальные карманы.

-2. выпуклые поверхности корней.

-3. выраженная эрозия корня.

-4. значительная потеря проксимальной костной ткани.

+5. при наличии рецессии десны рядом с участком, где отсутствует зуб.

1. Причины атрофии десневых сосочков:

-1. Утрата костной ткани в результате периодонтита.

-2. Рецессия десны после закрытого или открытого кюретажа.

-3. Аномалии положения зубов, отсутствие зубов.

+4. Все перечисленное.

1. Хирургическое удлинение коронок зубом может проводиться с помощью операций:

-1. Гингивопластика.

-2. Лоскутная операция с частичной остеотомией.

-3. Лоскутная операция с остеотомией по периметру зуба.

-4

+5. Все перечисленное.

1. При гингивэктомии гиперплазированные десневые сосочки после определения глубины карманов иссекаются под углом

-1. 30 градусов.

+2. 45 градусов.

-3. 90 градусов.

-4. 15 градусов.

1. В каком возрасте отмечается наибольшая частота симптомов чувствительности дентина?

–1. 15—30 лет.

+2. 30—40 лет.

–3. 40—50 лет.

–4. 50—60 лет.

–5. старше 60 лет.

1. В чём причины, предрасполагающие к чувствительности дентина?

+1. избыточная и неправильная чистка зубов.

+2. избыточный флоссинг.

+3. рецессия десны.

+4. отбеливание зубов.

+5. чрезмерное закисление полости рта (напитки, соки и др.).

+6. анатомические особенности.

490.Что является наиболее эффективным при профессиональном лечении чувствительности дентина?

–1. использование дентинной адгезивной системы.

–2. аппликация фтор-лака.

–3. использование вакуум-дарсонвализации и десенситайзеров.

–4. применение глицерофосфата кальция.

+5. применение вакуум-дарсонвализации, десенситайзеров и глицерофосфата кальция.

1. Какому шифру по МКБ-10С соответствует диагноз «Флюороз зубов»:

-1. К02.0.

+2. К00.30.

-3. К00.50.

-4. К02.2.

1. Какому шифру по МКБ-10С соответствует диагноз «Кариес дентина»:

-1. К02.0.

+2. К02.1.

-3. К02.2.

-4. К03.60.

1. Какому шифру по МКБ-10С соответствует диагноз «Приостановившийся кариес»:

-1. К04.1.

-2. К03.60.

+3. К02.3.

-4. К00.30.

1. Какому шифру по МКБ-10С соответствует диагноз «Поддесневой зубной камень»:

+1. К03.65.

-2. К04.00.

-3. К04.05

-4. К00.51.

1. Какому шифру по МКБ-10С соответствует диагноз «Гиперпластический пульпит»:

-1. К04.00.

+2. К04.05.

-3. К04.1.

-4. К04.2.

1. Какому шифру по МКБ-10С соответствует диагноз «Хронический апикальный периодонтит»:

-1. К02.0.

-2. К03.2.

+3. К04.5.

-4. К04.6.

1. О чем свидетельствуют поры внутри запломбированного канала?

-1. Контрастный силер.

-2. Неправильная форма канала.

+3. Необходима перепломбировка.

-4. Все перечисленное.

1. Какие методы следует применять для оценки качества эндодонтического лечения в отдаленные сроки?

-1. Пальпация.

-2. Перкуссия.

-3. Опрос.

-4. Rn-логический.

+5. Bce перечисленные.

1. Какие прямые Rn-логические признаки свидетельствуют о наличии пульпита?

-1. Расширение периодонтальной щели.

-2. Очаг деструкции костной ткани в области апекса.

-3. Сообщение с полостью зуба.

+4. Прямых Rn-логических признаков нет.

1. Какие Rn-логические критерии качества эндодотического лечения следует относить к сомнительным?

-1. Расширение периодонтальной щели до 2 мм.

-2. Нарушение целостности компактной пластинки.

-3. Пустоты в корневом канале.

+4. Все перечисленные.

1. Какие критерии применяют для оценки излеченности гингивита?

-1. Величина, цвет, консистенция десневых сосочков.

-2. Отсутствуют зубодесневые карманы.

-3. Отсутствует резорбция кости.

+4. Все перечисленное.

1. В каких случаях оправдано проведение Rn-логического исследования у пациента с гингивитом?

-1. Гипертрофический гингивит.

+2. При проведении дифдиагностики.

-3. Гингивит беременных.

-4. Все перечисленное.

-5. В данном исследовании необходимости нет.

1. Из какого принципа необходимо исходить при диагностике болезней периодонта?

+1. Оценивать состояние пациента.

-2. Оценивать болезни периодонта.

-3. Провести комплексное обследование.

-4. Выявить ранние стадии болезни.

1. Какие признаки характеризуют периодонтит в стадии ремиссии?

-1. На Rn-грамме нет признаков активного процесса.

-2. Гигиена полости рта в норме.

-3. Нет кровоточивости.

+4. Все перечисленное.

1. Для оценки какой степени тяжести периодонтита можно не применять Rn-логическое исследование?

-1. Легкой.

-2. Тяжелой.

-3. Средней.

+4. Следует применять во всех случаях.

1. Что характеризует среднюю степень тяжести периодонтита на Rn-грамме?

-1. Вертикальная резорбция.

-2. Сложный периодонтальный карман.

+3. Снижение межальвеолярной высоты до 40% длины корня.

-4. Все перечисленное.

1. Какие признаки характеризуют стабилизацию процесса при тяжелых формах периодонтитов?

-1. Отсутствуют зубодесневые карманы.

-2. Rn-логически отсутствует резорбция кости.

+3. Укрепление зубов, восстановление функции.

-4. Все перечисленное.

1. Какой из следующих критериев не применяется для оценки эффективности лечения заболеваний СОПР?

-1. Восстановление нормальной структуры СОПР.

-2. Восстановление нормальной чувствительности СОПР.

+3. Индекс РМА.

-4. Все применяются.

1. Укажите дополнительные методы исследования при диагностике кариеса эмали:

-1. ЭОД.

-2. Окрашивание метиленовым синим.

+3. Окрашивание метиленовым синим, УФО-стоматоскопия, ЭОД.

-4. Термическая проба, окрашивание метиленовым синим.

1. Какую дозу преднизолона следует применять для оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке?

-1. 100-300 мг/кг.

-2. 4-20 мг/кг.

+3. 3-5 мг/кг.

-4. 1-2 мг/кг.

1. Какую дозу преднизолона следует применять для оказания неотложной помощи при коллапсе?

-1. 100-300 мг/кг.

-2. 4-20 мг/кг.

-3. 3-5 мг/кг.

+4. 1-2 мг/кг.

1. Какой из перечисленных лекарственных препаратов следует применить на первом этапе оказания неотложной помощи пациенту в стоматологическом кабинете в случае приступа стенокардии?

-1. Нашатырный спирт.

-2. Коринфар 10-20 мг в таб. под язык.

+3. Нитроглицерин 0,5 мг в таб. под язык.

-4. 0,1% р-р адреналина.

-5. Аэрозоль фенотерола или сальбутамола.

1. Какой из перечисленных лекарственных препаратов следует применить на первом этапе оказания неотложной помощи пациенту в стоматологическом кабинете в случае обморока?

+1. Нашатырный спирт.

-2. Коринфар 10-20 мг в таб. под язык.

-3. Нитроглицерин 0,5 мг в таб. под язык.

-4. 0,1% р-р адреналина.

-5. 0,5% р-р сибазона.

-6. Аэрозоль фенотерола или сальбутамола.

1. Какой из перечисленных препаратов следует применить на первом этапе оказания неотложной помощи пациенту в стоматологическом кабинете в случае гипертонического криза?

-1. Нашатырный спирт.

+2. Коринфар 10-20 мг в таб. под язык.

-3. Нитроглицерин 0,5 мг в таб. под язык.

-4. 0,1% р-р адреналина.

-5. Аэрозоль фенотерола или сальбутамола.

1. Какой из перечисленных препаратов следует применить на первом этапе оказания неотложной помощи пациенту в стоматологическом кабинете в случае анафилактического шока?

-1. Нашатырный спирт.

-2. Коринфар 10-20 мг в таб. под язык.

-3. Нитроглицерин 0,5 мг в таб. под язык.

+4. 0,1% р-р адреналина.

-6. 0,5% р-р сибазона.

-7. Аэрозоль фенотерола или сальбутамола.

1. Какой из перечисленных препаратов следует применить при оказании неотложной помощи пациенту в стоматологическом кабинете в случае приступа истерии?

-1. Нашатырный спирт.

-2. Коринфар 10-20 мг в таб. под язык.

-3. Нитроглицерин 0,5 мг в таб. под язык.

-4. 0,1% р-р адреналина.

+5. 0,5% р-р сибазона.

-6. Аэрозоль фенотерола или сальбутамола.

1. Какой из перечисленных препаратов следует применить при оказании неотложной помощи пациенту в стоматологическом кабинете в случае приступа бронхиальной астмы?

-1. Нашатырный спирт.

-2. Коринфар 10-20 мг в таб. под язык.

-3. Нитроглицерин 0,5 мг в таб. под язык.

-4. 0,1% р-р адреналина.

-5. 0,5% р-р сибазона.

+6. Аэрозоль фенотерола или сальбутамола.

1. Что из перечисленного может являться провоцирующим фактором развития вазомоторного обморока?

-1. Переход из горизонтального положения в вертикальное.

+2. Сильные эмоции, в частности страх, боль.

-3. Сильный стресс, голодание.

-4. Физическая нагрузка, быстрое изменение сердечного ритма.

1. Что из перечисленного может являться провоцирующим фактором развития ортостатического обморока?

+1. Переход из горизонтального положения в вертикальное.

-2. Сильные эмоции, в частности страх, боль.

-3. Сильный стресс, голодание.

-4. Физическая нагрузка, быстрое изменение сердечного ритма.

1. Что из перечисленного может являться провоцирующим фактором развития кардиогенных обмороков?

-1. Переход из горизонтального положения в вертикальное.

-2. Сильные эмоции, в частности страх, боль.

-3. Сильный стресс, голодание.

+4. Физическая нагрузка, быстрое изменение сердечного ритма.

1. Что из перечисленного может являться провоцирующим фактором развития обморочных состояний?

-1. Переход из горизонтального положения в вертикальное.

-2. Сильные эмоции, в частности страх, боль.

+3. Сильный стресс, голодание.

-4. Физическая нагрузка, быстрое изменение сердечного ритма.

1. Что из перечисленного можно отнести к предрасполагающим факторам развития вазомоторного обморока?

+1. Усталость, голод, жара, повышенная влажность.

-2. Нарушение функции сердца.

-3. Прием гипотензивных и сосудорасширяющих средств, длительное пребывание в горизонтальном положении.

-4. Тревожное состояние, гипервентиляция, метаболические расстройства, истерические черты личности.

1. Что из перечисленного можно отнести к предрасполагающим факторам развития ортостатического обморока?

-1. Усталость, голод, жара, повышенная влажность.

-2. Нарушение функции сердца.

+3.Прием гипотензивных и сосудорасширяющих средств, длительное пребывание в горизонтальном положении.

-4. Тревожное состояние, гипервентиляция, метаболические расстройства, истерические черты личности.

1. Что из перечисленного можно отнести к предрасполагающим факторам развития кардиогенных обмороков?

-1. Усталость, голод, жара, повышенная влажность.

+2. Нарушение функции сердца.

-3. Прием гипотензивных и сосудорасширяющих средств, длительное пребывание в горизонтальном положении.

-4. Тревожное состояние, гипервентиляция, метаболические расстройства, истерические черты личности.

1. Что из перечисленного можно отнести к предрасполагающим факторам развития обморочных состояний?

-1. Усталость, голод, жара, повышенная влажность.

-2. Нарушение функции сердца.

-3. Прием гипотензивных и сосудорасширяющих средств, длительное пребывание в горизонтальном положении.

+4. Тревожное состояние, гипервентиляция, метаболические расстройства, истерические черты личности.

1. Какие из перечисленных продромальных симптомов могут предшествовать ортостатическому обмороку?

-1. Беспокойство, слабость, бледность, дурнота, гиперсаливация, потливость, зевота.

+2. Часто отсутствуют.

-3. Головокружение и сердцебиение при переходе в вертикальное положение.

-4. Одышка, сердцебиение, ощущение дискомфорта в груди, чувство онемения и покалывания в кистях и вокруг рта.

1. Какие из перечисленных продромальных симптомов могут предшествовать обморочным состояниям?

-1. Беспокойство, слабость, бледность, дурнота, гиперсаливация, потливость, зевота.

-2. Часто отсутствуют.

-3. Головокружение и сердцебиение при переходе в вертикальное положение.

+4. Одышка, сердцебиение, ощущение дискомфорта в груди, чувство онемения и покалывания в кистях и вокруг рта.

1. Что из перечисленного характеризует механизм развития вазомоторного обморока?

-1. Снижается сердечный выброс в результате патологического учащения или урежения ритма сердца.

+2. Внезапно расширяются периферические сосуды без компенсаторного увеличения сердечного выброса, падает артериальное давление.

-3 Спазм мозговых сосудов, вызванный гипокапнией.

-4. Рефлекторно сужаются периферические сосуды, снижается сердечный выброс, падает АД.

1. Что из перечисленного характеризует механизм развития кардиогенных обмороков?

+1. Снижается сердечный выброс в результате патологического учащения или урежения ритма сердца.

-2. Внезапно расширяются периферические сосуды без компенсаторного увеличения сердечного выброса, падает артериальное давление.

-3. Спазм мозговых сосудов, вызванный гипокапнией.

-4. Рефлекторно сужаются периферические сосуды, снижается сердечный выброс, падает АД.

1. Что из перечисленного характеризует механизм развития обморочного состояния, вызванного гипервентиляцией?

-1. Снижается сердечный выброс в результате патологического учащения или урежения ритма сердца.

-2. Внезапно расширяются периферические сосуды без компенсаторного увеличения сердечного выброса, падает артериальное давление.

+3. Спазм мозговых сосудов, вызванный гипокапнией.

-4. Рефлекторно сужаются периферические сосуды, снижается сердечный выброс, падает артериальное давление.

1. Что из перечисленного характеризует механизм развития ортостатического обморока?

-1. Снижается сердечный выброс в результате патологического учащения или урежения ритма сердца.

-2. Внезапно расширяются периферические сосуды без компенсаторного увеличения сердечного выброса, падает артериальное давление.

-3. Спазм мозговых сосудов, вызванный гипокапнией.

+4. Рефлекторно сужаются периферические сосуды, снижается сердечный выброс, падает АД.

1. Какие из ниже перечисленных мероприятий необходимо предпринять при развившемся на приеме у стоматолога остром ларингостенозе (воспалительного или аллергического генеза)?

-1. Ввести адреналин и преднизолон.

+2. Провести дегидратацию (40% глюкоза, 10% натрия хлорид), ввести эуфиллин, преднизолон и антигистаминный препарат.

-3. Произвести коникотомию.

-4. Назначить противовоспалительные препараты.

1. Укажите верный вариант состояния больного при коллапсе:

-1. Двигательное возбуждение, падение АД, бронхоспазм.

+2. Сознание сохранено, АД понижено до 60-70 мм рт. ст., температура тела понижена, больной безучастен к окружающему, кожа бледная, цианотичная, тургор тканей снижен.

-3 Резкое затруднение дыхания, общий цианоз, потеря сознания.

-4. Падение АД, судороги, непроизвольные отправления, потеря сознания.

1. В каком положении при развившемся в первый раз приступе стенокардии на приеме у стоматолога пациент принимает нитроглицерин?

-1. Сидя.

-2. Полусидя с опущенными ногами.

+3. Лежа.

-4. Стоя.

1. Выберите верный вариант симптоматики острого приступа глаукомы:

-1. Тремор, мидриаз, головная боль.

-2. Резкая головная боль, слепота, рвота.

-3. Слезотечение, фотобоязнь, слабость.

+4. Резкая боль в глазу, распространяющаяся в висок, тошнота, рвота, слабость, отек век, инъекция глазного яблока.

1. Что необходимо предпринять при начальных проявлениях гипогликемическoй комы?

+1. Дать больному сладкий чай и булочку.

-2. Ввести диуретики.

-3. Ввести глюкагон.

-4. Ввести инсулин.

1. Что необходимо предпринять при развившейся гипергликемической коме:

+1. Энергичная регидратация изотоническим раствором натрия хлорида с одновременным введением инсулина.

-2. Введение глюкозы и диуретиков.

-3. Напоить больного сладким чаем.

-4. Ввести глюкагон.

1. Какие эффекты оказывает введенный внутривенно адреналин при анафилактическом шоке?

-1. Гипотензивный, гиповолемический.

+2. Вазоконстрикторный, бронхдилатирующий, кардиотонический.

-3. Противошоковый.

-4. Бронхоспазмирующий, вазоконстрикторный.

1. Выберите наиболее вероятные причины развития гипогликемической комы:

-1. Стрессовая ситуация.

-2. Введение анестезирующего препарата.

+3. Передозировка инсулина при неадекватном приеме пищи у больного сахарным диабетом.

-4. Нарушение функции печени.

1. Какой из местноанестезирующих растворов предпочтительно применять у больных с компенсированными нарушениями мозгового кровообращения?

-1. Ультракаин форте.

-2. Септанест 1:100000.

-3. Лидокаин 2%.

+4. 3% мепивакаин без вазоконстриктора

1. Каким препаратом купируется приступ стенокардии?

-1. Коринфар.

-2. Валидол.

+3. Нитроглицерин.

-4. Коргликон.

1. Какие противовоспалительные препараты можно назначать пациентке в период грудного вскармливания ребенка для купирования воспалительных болей после эндодонтического лечения?

-1. Аспирин.

-2. Кетанов.

+3. Ибупрофен, напроксен.

-4. Мефенаминовая кислота.

1. Какая манипуляция в технике проведения анестезии должна выполняться наиболее тщательно для профилактики системного действия вазоконстриктора на организм большого ИБС?

-1. Вкол иглы на вдохе.

+2. Аспирационная проба для избежания внутрисосудистого введения.

-3. Медленное введение анестетика.

-4. Введение анестетика после контакта с костными анатомическими структурами.

1. Выберите рекомендуемый анестетик для использования при лечении больных с экстрасистолией и пароксизмальной тахикардией:

-1. Ультракаин DS forte.

-2. 2% р-р лидокаина.

+3.Мепивакаина 3% р-р.

-4. Septanest 1:200000.

1. Укажите основной этиологический фактор развития болезней периодонта:

-1. Зубной камень,

+2. Зубной налет.

-3. Обменные и гормональные нарушения в организме.

-4. Старение

1. Какие инструменты используются для обнаружения зубного камня?

+1. Периодонтальные зонды.

-2. Скейлеры.

-3. Кюретки.

-4. Все вышеперечисленные.

1. Укажите факторы риска развития язвенно-некротического гингивита:

-1. Плохая гигиена полости рта.

-2. Курение.

-3. Стресс.

+4. Все вышеперечисленные.

1. С какими заболеваниями следует дифференцировать острый язвенно-некротический гингивит?

-1. ВИЧ-инфекция.

-2. Лейкоз.

-3. Герпетический гингивостоматит.

+4. Все вышеперечисленные.

1. Какой антисептик рекомендуется для обработки слизистой оболочки при язвенно-некротическом гингивите?

-1. 3% Н2O2.

+2. 1,5% Н2О2.

-3. 0,1% этоний.

-4. Фурацилин 1:5000.

1. Какие участки десны поражаются при десквамативном гингивите?

-1. Маргинальный край.

-2. Десневые сосочки.

-3. Прикрепленная десна.

+4. Все вышеперечисленные.

1. Какие клинические признаки характерны для ювенильного периодонтита?

-1. Выраженное воспаление десны.

-2. Большое количество зубного камня.

+3. Наличие глубоких периодонтальных карманов.

-4. Все перечисленные.

1. Какие рентгенологические признаки характерны для ювенильного периодонтита?

-1. Вертикальная резорбция кости в области 1-х моляров.

-2. Вертикальная резорбция кости в области резцов.

-3. Аркообразная резорбция альвеолярной кости.

+4. Все вышеперечисленные.

1. Какой антибиотик целесообразно назначать при лечении ювенильного периодонтита?

-1. Пенициллин.

+2. Тетрациклин.

-3. Эритромицин.

-4. Линкомицин.

1. Какой тип резорбции костной ткани характерен для хронического простого периодонтита?

+1. Горизонтальный.

-2. Вертикальный.

-3. Ангулярный.

-4. Кратерообразный.

1. Какие факторы определяют прогноз лечения болезней периодонта?

-1. Подвижность зубов.

-2. Глубина карманов.

-3. Тип карманов.

+4. Все вышеперечисленные.

1. Какие мероприятия включает предварительная фаза лечения болезней периодонта?

+1. Удаление ненадежных зубов.

-2. Профессиональная гигиена.

-3. Контроль диеты.

-4. Все вышеперечисленное.

1. Какие мероприятия включает этиологическая фаза лечения болезней периодонта?

-1. Удаление налета и полировка поверхностей.

-2. Противомикробная терапия.

-3. Коррекция пломб и протезов.

+4. Все перечисленные.

1. Для чего можно использовать ультразвуковые скейлеры?

-1. Для удаления зубного камня.

-2. Для удаления пигментации.

-3. Для кюретажа.

+4. Для всего вышеперечисленного.

1. Какие инструменты можно использовать для удаления поддесневого зубного камня?

-1. Кюретки.

-2. Периополиры.

-3. Периоторы.

+4. Все вышеперечисленные.

1. Какие инструменты можно использовать для полировки проксимальных поверхностей зубов?

-1. Резиновые чашечки.

-2. Щеточки.

+3. Штрипсы.

-4. Все вышеперечисленные.

1. Укажите показания для проведения кюретажа:

+1. Карманы глубиной 4-6 мм.

-2. Фиброзно-измененная десна.

-3. Истончение десны.

-4. Все вышеперечисленные.

1. За разглашение врачебной тайны законодательством предусматриваются следующие виды ответственности:

-1. дисциплинарная.

-2. административная.

-3. уголовная.

+4. все вышеперечисленные.

1. Профессиональная деятельность врача включает следующие сферы:

-1. общемедицинскую.

-2. специальную.

-3. социальную.

-4. научно-исследовательскую.

+5. всё вышеперечисленное.

1. Выбрать анестетики, которые относятся к группе сложных эфиров:

+1. новокаин.

+2. анестезин.

-3. лидокаин.

-4. артикаин.

-5. бупивакаин

1. Выбрать анестетики, относящиеся к группе сложных амидов:

-1. анестезин.

-2. дикаин.

+3. бупивакаин.

+4. мепивакаин.

+5. тримекаин.

1. К анестетикам с коротким периодом действия относятся:

+1. новокаин.

-2. лидокаин.

-3. артикаин.

-4. бупивакаин.

1. К анестетикам со средним периодом действия относятся:

-1. новокаин.

+2. лидокаин.

+3. артикаин.

-4. бупивакаин.

1. К анестетикам с продолжительным периодом действия относятся:

-1. новокаин.

-2. лидокаин.

-3. артикаин.

+4. бупивакаин.

1. Какой местный анестетик имеет наименьшую токсичность:

-1. артикаин.

-2. мепивакаин.

-3. лидокаин.

-4. бупивакаин.

+5. новокаин.

1. Какой местный анестетик имеет наибольшую токсичность:

-1. артикаин.

-2. мепивакаин.

-3. лидокаин.

+4. бупивакаин.

-5. новокаин.

1. На приёме у врача-стоматолога обязательно должны быть:

+1. артикаин.

-2. новокаин.

-3. анестезин.

+4. лидокаин.

+5. мепивакаин.

-6. тримекаин.

1. Длительность анестезии артикаина с вазоконстриктором составляет:

-1. 1 час.

-2. 2 часа.

+3. 3 часа.

-4. 6 часов.

1. Обязательными добавками к анестетикам являются:

+1. растворители (гидроксид натрия и соляная кислота).

-2. стабилизаторы.

-3. консерванты.

-4. ЭДТА.

1. Наиболее сильный аллергический эффект имеют:

-1. ЭДТА.

+2. парабены.

-3. консерванты.

-4. растворители.

1. Какой из анестетиков обладает сосудосуживающим действием (можно не применять вазоконстрикторы):

-1. лидокаин.

-2. артикаин.

+3. мепивакаин.

-4. тримекаин.

1. Какие структурные компоненты имеют молекулы местных анестетиков:

+1. гидрофильный центр.

-2. цепочка аминокислот.

+3. липофильный центр.

+4. промежуточные группы.

-5. водородная связь.

1. Максимально допустимая доза артикаина с вазоконстриктором (мг/кг):

-1. 14.

-2. 4,4.

+3. 7.

-4. 1.

1. Абсолютные противопоказания к использованию адреналина в качестве вазоконстриктора:

+1. тиреотоксикоз.

+2. сахарный диабет.

+3. глаукома (узкоугольная форма).

+4. декомпенсированные формы сердечно-сосудистых заболеваний.

-5. беременность.

1. Какие анестетики оказывают фетотоксическое действие на плод:

-1. лидокаин.

+2. новокаин.

-3. ультракаин.

+4. тримекаин.

1. Какие виды врачебных ошибок можно выделить?

-1. тактические.

-2. технические.

-3. субъективные.

-4. объективные.

+5. все ранее перечисленные.

1. От каких факторов зависит возникновение врачебных ошибок при диагностике кариеса?

-1. недостаток знаний.

-2. неумение использовать знания на практике.

-3. отсутствие диагностической аппаратуры.

+4 все ранее перечисленные.

1. Какова основная причина большинства врачебных ошибок при диагностике кариеса?

+1. действия врача.

-2. финансирование лечебного учреждения.

-3. наличие диагностического оборудования.

-4. все ранее перечисленные.

1. К чему приводит диагностическая ошибка?

-1. к неправильно поставленному диагнозу.

-2. неправильно выбранному методу лечения.

-3. осложнениям состояния.

+4. ко всему вышеперечисленному.

1. Обязан ли врач, совершивший диагностическую ошибку, сообщать об этом пациенту?

+1. да.

-2. нет.

-3. не всегда.

-4. затрудняюсь ответить.

1. К каким осложнениям может привести сокрытие ошибки при диагностике кариеса?

-1. к пульпиту.

-2. апикальному периодонтиту.

-3. периоститу.

+4. ко всему вышеперечисленному.

1. Если у пациента появились сильные боли после пломбирования зуба по поводу кариеса дентина, всегда ли это говорит о диагностической ошибке?

-1. да.

+2. нет.

-3. не всегда.

-4. затрудняюсь ответить.

1. При каких ситуациях возрастает вероятность ошибки при диагностике кариеса?

-1. кариес апроксимальных поверхностей.

-2. кариес V класса, прикрытый мягкими тканями десны.

-3. глубокая кариозная полость, заполненная большим количеством размягченного дентина.

+4. все вышеперечисленное.

1. Наибольшей биосовместимостью с твердыми тканями обладают:

-1. микрогибридные композиты.

-2. ормокеры.

-3. жидкотекучие композиты.

-4. пакуемые композиты.

+5. СИЦ.

1. Какие характеристики справедливы для пакуемых СИЦ?

+1. удобством в работе, пакуемостью.

-2. пониженной прочностью.

+3. повышенной прочностью.

+4. износоустойчивостью.

+5. быстротой затвердевания.

-6. низкой устойчивостью к воздействию влаги.

+7. возможностью окончательного шлифования и полирования в первое посещение.

1. По назначению композитные материалы классифицируются:

+1. Для пломбирования жевательных зубов.

-2. Конденсируемые композиты.

+3. Для пломбирования фронтальных зубов.

+4. Универсальные композиты.

-4. Жидкие (текучие) композиты.

1. По размеру частиц наполнителя композиционные материалы разделяют на:

+1. Макронаполненные.

+2. Микронаполненные.

+3. Гибридные.

-4. Макрокрогибридные.

1. По консистенции композиционные материалы подразделяются

+1. «Традиционные» композиты обычной консистенции.

+2. Жидкие (текучие) композиты.

-3. Нанонаполненные.

+4. Конденсируемые композиты.

-5. Ормокеры.

1. Выберете клинические ситуации, когда макрофилы могут успешно применяться (по R.E. Jordan, 1993):

+1. очень большие реставрации коронок зубов, особенно в участках, подверженных значительному жевательному давлению.

+2. большие реставрации на передних зубах нижней челюсти.

-3. пломбирование полостей 2 класса, где эстетика имеет большое значение.

+4. пломбирование полостей 2 класса, где эстетика не имеет большого значения.

1. Показания к применению микрофильных композитов?

-1. низкие эстетические требования к пломбе.

+2. высокие эстетические требования к пломбе.

+3. восстановление кариозных полостей 3,4,5-го класса (передняя группа зубов).

-4. восстановление кариозных полостей 1 класса.

1. К положительным свойствам гибридных композитов относится:

-1. приемлемые эстетические свойства.

-2. достаточная прочность.

-3. качество поверхности пломбы лучше, чем у макронаполненных композитов.

-4. рентгеноконтрастность.

+5. всё вышеперечисленное.

1. Как переводится АРТ-методика:

-1. Атравматичное препарирование дентина.

-2. Атравматичное препарирование эмали.

-3. Атравматичное препарирование эмали и дентина.

-4. Безболезненное лечение.

+5. Атравматичное восстановительное лечение.

1. Какие пломбировочные материалы используют при АРТ-методике:

-1. Цинкфосфатные цементы.

-2. Силикофосфатные цементы.

-3. Амальгаму.

-4. Композиционные материалы химического отверждения.

+5. Стеклоиономерные цементы.

-6. Жидкотекучие композиты.

1. Укажите правильные общие показания к использованию АРТ-методики

+1. Детский возраст.

+2. Пациенты, с тяжело протекающими общими заболеваниями.

-3. Подготовка зубов под опору несъёмных конструкций зубных протезов.

+4. Пациенты, имеющие противопоказания к применению анестетиков.

+5. Категорический отказ пациента от машинного препарирования.

1. Какие из перечисленных инструментов используют для препарирования при АРТ-методике:

-1. Шаровидные алмазные машинные боры.

-2. Pro Taper (S1, S2, Sx, F1, F2)

+3. Эмалевый нож.

-4. Твёрдосплавный шаровидный бор.

+5. Долото.

+6. Экскаватор.

1. Какой алгоритм действия выберите при обнаружении щербинок, сколов на лезвии режущего ручного инструмента (долото, экскаватор):

-1. Утилизируете инструмент.

-2. Продолжите работу таким инструментом до его износа.

-3. Проведёте заточку инструмента с помощью бормашины и шлифовальной головки.

+4. Используете точильный станок со специальным держателем.

1. Какой прибор, приспособление будете использовать для контроля качества заточки ручного инструмента:

-1. Обычный визуальный осмотр.

-2. Очки, используемые для коррекции зрения.

-3. Световой микроскоп.

-4. Лупа с пятикратным увеличением.

+5. Лупа с десятикратным увеличением.

1. Перед использованием СИЦ в АРТ-методике Вы:

-1. Подогреете порошок до температуры +1000С.

-2. Охладите порошок в морозильной камере до температуры -50С.

+3. Тщательно встряхнёте емкость с находящимся в ней порошком.

-4. Откроете крышку в емкости с порошком на 10-15 мин.

1. Какой из перечисленных приёмов, используется для уплотнения СИЦ после его внесения в препарированную полость:

-1. Предлагаем пациенту сомкнуть зубные ряды на 5-7 мин.

+2. Уплотнение инструментом.

+3. Уплотнение увлажненным и отжатым хлопковым шариком.

+4. Пальцевое прижатие в резиновой перчатке.

1. Показанием к проведению инфильтрации эмали являются:

+1. Кариес эмали в стадии пятна.

+2. Кариес эмали и кариес дентина на уровне E1–D1.

-3. Кариес дентина на уровне D2–D3.

-4. Полостной кариес эмали и дентина.

1. Противопоказанием к проведению инфильтрации эмали является:

+1. Индивидуальная непереносимость материала.

+2. Изменение цвета эмали вследствие травмы.

-3. Кариес эмали в стадии пятна на апроксимальных поверхностях.

-4. Полостной кариес эмали и дентина.

1. Разновидностью какого из перечисленных заболеваний являются зубы Гетчинсона?

-1. Флюороз.

-2. Гипоплазия твердых тканей зуба.

-3. Гиперплазия твердых тканей зуба.

-4. Мраморная болезнь.

+5. Дисплазия Капдепона-Стентона.

1. В чем состоит профилактика гипоплазии эмали зубов?

-1. Реминерализирующая терапия.

+2. Генетическая консультация.

-3. Назначение фторидов местно.

+4. Санитарное просвещение.

1. Какова этиология несовершенного амелогенеза?

-1. Гормональная.

-2. Наследственное заболевание.

-3. Дефицит фтора.

+4. Неизвестна.

1. Что может явиться причиной развития системной гипоплазии эмали временных зубов?

+1. Болезни матери в период беременности.

-2. Болезни ребенка в первые годы жизни.

-3. Местные воспалительные процессы в мягких тканях лица.

-4. Неизвестно.

1. Признаком какого заболевания являются «эмалевые капли»?

-1. Системной гипоплазии эмали.

-2. Местной гипоплазии эмали.

-3. Флюороза.

-4. Несовершенного амелогенеза.

+5. Гиперплазии эмали.

1. Инструменты для удаления корневой пульпы.

-1. шаровидный бор.

-2. экскаватор.

-3. Н-файл.

+4. пульпэкстрактор.

1. Средства для остановки кровотечений из каналов.

+1. 3% р-р перекиси водорода.

+2. р-р аминокапроновой кислоты.

-3. Паркан.

+4. Эндо Жи №4.

1. Средняя длина центральных резцов верхней челюсти составляет:

+1. 22,5-27,5 мм.

-2. 24-29,7мм.

-3. 20-24 мм.

-4. 26,5-28,5 мм.

1. Средняя длина клыков нижней челюсти составляет:

+1. 26,5-28,5 мм.

-2. 20-24 мм.

-3. 19-23 мм.

-4. 22-27,5 мм.

1. Средняя длина первых моляров нижней челюсти составляет:

-1. 26,5-28,5 мм.

+2. 20-24 мм.

-3. 19-23 мм.

-4. 22-27,5 мм.

1. Какому номеру инструмента по цветовому кодированию (стандарт ISO) соответствует белый:

+1. 0,45.

-2. 0,50.

-3. 0,55.

-4. 0,60.

1. Для химического расширения труднопроходимых каналов применяют:

-1. перекись водорода.

-2. царскую водку.

+3. препараты ЭДТА.

-4. хлорамин.

1. Для расширения корневых каналов предназначены:

+1. К-файлы.

-2. каналонаполнители.

-3. спредеры.

-4. буравы Хедстрема.

-5. корневые иглы.

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

-1. 0,5-1%.

+2. 2,5-3%.

-3. 5-10%.

-4. до насыщения.

1. Местное лечение эрозивно-язвенной формы Плоского Лишая:

-1. профессиональная гигиена.

-2. санация ротовой полости.

-3. кератопластики.

-4. фунгицидные средства.

-5. обезболивающие.

+6. все вышеперечисленное.

1. Афты Сеттона являются формой проявления:

-1. стоматита Венсана.

-2. экссудативной эритемы.

-3. рецидивирующего герпеса.

+4. хронического афтозного стоматита.

1. В какой из перечисленных очередностях правильно указана трансформация элемента поражения при рецидивирующих афтах СОР:

-1. пятно – пузырь – эрозия – афта – пятно.

+2. пятно – эрозия – афта – пятно.

-3. пятно – пузырек – эрозия – афта – пятно.

-4. волдырь – эрозия – афта – пятно.

1. Пути передачи герпетической инфекции:

+1. контактный.

-2. парентеральный.

+3. воздушно-капельный.

-4. алиментарный.

1. Первичным элементом поражения при герпесе является:

-1. папула.

-2. бляшка.

-3. эрозия.

+4. пузырек.

1. Образование первичного элемента поражения при герпесе обусловлено:

-1. гиперкератозом.

-2. паракератозом.

+3. акантолизом.

+4. баллонирующей дегенерацией.

1. При герпесе в цитологическом препарате находят клетки:

-1. акантолитеческие.

-2. атипичные.

+3. гигантские многоядерные.

-4. Пирогова-Ладгханса.

1. Острый герпетический стоматит дифференцируют с:

-1. невралгией тройничного нерва.

+2. многоформной экссудативной эритемой.

-3. хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом.

+4. аллергическим стоматитом.

+5. ящуром.

-6. рожистым воспалением.

1. Образование элементов поражения при акантолитической пузырчатке обусловлено:

-1. гиперкератоэом.

-2. паракератозом.

+3. акантолизом.

-4. баллонирующей дегенерацией.

1. При акантолитической пузырчатке в цитологическом препарате находят клетки:

+1. акантолитические.

-2. атипичные.

-3. гигантские многоядерные.

-4. Пирогова-Ладгханса.

1. Доброкачественную пузырчатку дифференцируют с:

+1. акантолитической пузырчаткой.

+2. пузырьковыми высыпаниями при аллергической реакции.

-3. ящуром.

-4. рожистым воспалением.

+5. буллезной формой ПЛ.

1. Дифференциальная диагностика акантолитической пузырчатки

+1. доброкачественной пузырчаткой.

+2. буллезной формой ПЛ.

+3. эпидермолиз.

+4. герпетический гингивостоматит.

+5. рецидивирующий гингивостоматит.

-6. ящур.

1. Основным элементом поражения при плоском лишае является:

-1. пузырь.

-2. чешуйка.

-3. гнойничок.

+4. папула.

1. Какая форма плоского лишая проявляет наибольшую склонность к озлокачествлению:

+1. эрозивно-язвенная.

-2. типичная.

-3. гиперкератотическая.

-4. экссудативно-гиперемическая.

-5. буллёзная.

1. Какая из форм плоского лишая чаще встречается на фоне нарушения иммунного статуса организма:

+1. буллёзная.

-2. типичная.

-3. гиперкератотическая.

-4. экссудативно-гиперемическая.

1. Для какого из перечисленных заболеваний характерны образования так называемой «сети Уитхема» на СОР?

+1. плоского лишая.

-2. лейкоплакии.

-3. системная красная волчанка.

-4. кандидоз полости рта.

1. Какое свечение в лучах Вуда даёт пятно при лейкоплакии:

+1. голубовато-фиолетовое.

-2. белое.

-3. сиреневое.

-4. зелёное.

1. Воспалительный процесс при лейкоплакии развивается по типу:

+1. гиперкератоза.

-2. вегетации.

-3. атрофии.

-4. лихенизации.

1. С каким из перечисленных заболеваний дифференцируют кандидозный стоматит?

-1. лейкоплакия.

-2. плоский лишай.

-3. сифилис.

+4. всё вышеперечисленное.

1. Выберите этапы лабораторной диагностики, необходимые для подтверждения диагноза кандидоз полости рта:

-1. микроскопия мазка из полости рта.

-2. культуральные исследования.

-3. ПЦР-методика.

-4. проведение серологических реакций с антигенами гриба.

+5. всё вышеперечисленное.

1. Под влиянием каких причин поражения слизистой приобретают красный цвет?

-1. расширения сосудов при воспалении.

-2. термической, механической, химической травм.

-3. врожденных дефектов развития ткани.

-4. кровоизлияния.

-5. атрофии слизистой (истончение участков поражения).

+6. всех вышеперечисленных.

1. Какие виды кровоизлияния могут проявиться на слизистой оболочке ротовой полости вследствие травмы?

-1. пурпурные пятна.

-2. петехии.

-3. экхимозы.

-4. эритематозные пятна.

+5. все вышеперечисленное.

1. С какими заболеваниями следует дифференцировать саркому Капоши:

-1. гемангиома.

-2. гематома.

-3. экхимозы.

-4. меланома.

-5. пиогенная гранулеама.

+6. все вышеперечисленное.

1. Наиболее частая локализация эритроплакии:

+1. дно полости рта, ретромолярная область.

-2. твердое небо.

-3. губы.

-4. слизистая оболочка щеки.

1. Выберите группы лекарственных препаратов, используемых для лечения атопического хейлита:

-1. антигистаминные средства.

-2. препараты кальция.

-3. сорбенты.

-4. ферменты.

+5. все вышеперечисленные.

1. По клиническому течению экзематозный хейлит подразделяется на следующие формы:

-1. острое течение заболевания.

-2. подострое течение заболевания.

-3. хроническое течение заболевания.

+4. все вышеперечисленные.

1. Местное лечение складчатого языка:

-1. противовирусные препараты.

-2. антибактериальная терапия.

-3. антигистаминные препараты.

+4. не требуется.

1. Боль при глоссалгии локализуется:

-1. в области корня языка.

-2. в области боковых поверхностей языка.

-3. в передней трети языка.

+4. локализация боли может изменяться.

1. Какие клинические признаки свидетельствуют о поверхностном апроксимальном кариесе?

+1. кратковременная боль от химических раздражителей.

-2. боль при чистке зубов.

+3. изменение цвета эмали.

+4. шероховатость при зондировании.

+5. наличие дефекта эмали.

-6. наличие дефекта эмали и дентина.

1. Какие клинические признаки свидетельствуют о среднем апроксимальном кариесе?

+1. кратковременная боль от химических и температурных раздражителей.

-2. боль при чистке зубов.

+3. изменение цвета эмали.

+4. шероховатость при зондировании.

-5. наличие дефекта эмали.

+6. наличие дефекта эмали и дентина.

1. Какие клинические признаки свидетельствуют о глубоком апроксимальном кариесе?

+1. кратковременная боль от химических, температурных раздражителей, при попадании пищи.

-2. боль при чистке зубов.

+3. изменение цвета эмали.

+4. болезненность при зондировании.

+5. наличие дефекта эмали и дентина.

1. Укажите дополнительные методы исследования для обнаружения скрытой полости при апроксимальном кариесе:

+1. термометрическое исследование.

+2. витальное окрашивание.

+3. люминесцентное исследование.

+4. трансиллюминация.

-5. электровозбудимость пульпы.

+6. рентгенография.

+7. высушивание зуба.

1. Укажите разновидность дополнительных площадок при формировании полости IV класса по Блэку:

-1. прямоугольной формы.

-2. форма ласточкиного хвоста.

-3. различной конфигурации (ретенционный пункт, седловидная мезиоокклюзионная площадка, углубления в виде паза).

+4. все вышеперечисленное.

1. В каких случаях формируется контактный пункт?

-1. при наличии трем.

-2. при смещении зубов.

+3. при наличии двух рядом стоящих зубов.

+4. при снижении высоты межзубных перегородок.

+5. при стертости контактных поверхностей двух рядом стоящих зубов.

-6. при значительном разрушении коронки.

1. В каких случаях не формируется контактный пункт?

+1. при наличии трем.

+2. при смещении зубов.

-3. при наличии двух рядом стоящих зубов.

-4. при снижении высоты межзубных перегородок.

-5. при стертости контактных поверхностей двух рядом стоящих зубов.

+6. при значительном разрушении коронки.

1. В каких случаях формируется точечный контактный пункт?

+1. при наличии плотно стоящих зубов в молодом возрасте.

+2. при наличии короткой коронки и выпуклом десневом сосочке.

-3. при отсутствии рядом стоящего зуба.

-4. при возрастном снижении высоты альвеолярного отростка.

-5. при стертости контактных поверхностей двух рядом стоящих зубов.

1. В каких случаях формируется плоскостной контактный пункт?

-1. при наличии плотно стоящих зубов в молодом возрасте.

-2. при наличии короткой коронки и выпуклом десневом сосочке.

-3. при отсутствии рядом стоящего зуба.

+4. при возрастном снижении высоты альвеолярного отростка.

+5. при стертости контактных поверхностей двух рядом стоящих зубов.

1. Чем может фиксироваться матрица?

-1. матрицедержателем.

-2. проволокой.

-3. ватными тампонами (пассивный клин).

-4. деревянными клиньями.

-5. светопроводящими клиньями.

+6. все вышеперечисленное.

1. Какой из перечисленных пломбировочных материалов предпочтительнее использовать при лечении кариеса цемента?

+1. стеклоиономерный цемент.

-2. компомер.

-3. амальгама.

-4. композит.

-5.цинк фосфатный цемент.

1. Укажите показания при реставрации постоянных зубов материалом «Dyract»:

+1. реставрация полостей V кл. по Блэку.

-2. реставрация полостей I кл. по Блэку.

-3. реставрация полостей II кл. по Блэку.

+4. пломбирование клиновидных дефектов

-5.изготовление виниров

1. Назовите основной способ предупреждения постоперативной чувствительности при применении фотополимеров:

-1. использование стеклоиономерных цементов в качестве изолирующей прокладки.

-2. проведение полимеризации через стенку зуба.

-3. увеличение толщины связующего слоя (адгезива).

-4. применение лоскутной (послойной) техники нанесения композита.

+5. всё перечисленное.

1. Какие боры используются для обработки пломб?

-1. стальные.

-2. алмазные с синей, зеленой полоской.

+3. алмазные с красной, желтой, белой полоской.

-4. твердосплавные.

1. На каком этапе постановки пломбы из фотополимера проводится подборка оттенка пломбировочного материала (классическая методика)?

-1. до очистки поверхности зуба.

+2. после очистки поверхности зуба.

-3. перед протравливанием эмали.

-4. после протравливания эмали.

-5. до формирования кариозной полости.

-6. после формирования кариозной полости.

1. Кариозные полости V класса дифференцируют с:

+1. гипоплазией.

+2. флюорозом.

-3. анкилозом зубов

+4. сошлифовыванием зубов (клиновидным дефектом).

+5. кислотным некрозом.

+6. эрозией зубов.

1. Какие симптомы присущи острому апикальному периодонтиту (при гнойном экссудате)?

–1. глубокое зондирование корневых каналов незначительно болезненно.

–2. болевая реакция на температурные раздражители.

+3. горизонтальная перкуссия болезненна.

+4. вертикальная перкуссия болезненна.

+5. слизистая оболочка у верхушки корня отечна, гиперемирована.

1. Какие признаки соответствуют острому апикальному периодонтиту (при гнойном экссудате)?

–1. электровозбудимость пульпы не изменена.

–2. электровозбудимость 60-80 мкА.

+3. электровозбудимость более 100 мкА.

+4. на рентгенограмме может быть завуалированность костного рисунка и расширение перио-донтальной щели.

–5. на рентгенограмме деструктивные изменения в области верхушки корня.

1. Какие признаки соответствуют острому апикальному периодонтиту (при серозном экссудате)?

–1. электровозбудимость пульпы не изменена.

–2. электровозбудимость 60-80 мкА.

+3. электровозбудимость более 100 мкА.

+4. на рентгенограмме изменений в периодонте нет.

–5. на рентгенограмме незначительные деструктивные изменения в области верхушки корня.

1. Назовите жалобы, характерные для острого апикального периодонтита (при серозном экссудате):

–1. острая боль.

–2. приступообразная боль.

+3. постоянная ноющая боль.

–4. боль усиливается от холодного.

+5. боль усиливается при накусывании.

–6. от холодного успокаивается.

1. Назовите жалобы, характерные для острого апикального периодонтита (при гнойном экссудате):

+1. острая нестерпимая боль.

–2. приступообразная боль.

–3. постоянная ноющая боль.

–4. боль усиливается от холодного.

+5. ощущение «выросшего» зуба.

+6. прикосновение к зубу болезненно.

1. В лежачем положении не лечат:

-1. беременных женщин.

-2. пожилых людей.

-3. пациентов, которые имеют проблемы с позвоночником.

-4. пациентов, которые имеют заболевания дыхательных путей.

-5. людей, не желающих лечиться в этом положении.

+6. всех вышеперечисленных.

1. Локти врача-стоматолога должны находится

+1. на высоте головы пациента.

+2. как можно ближе к телу.

-3. выше головы пациента.

-4. ниже головы пациента.

1. Периодонтом называется комплекс тканей, который включает:

+1. десну.

+2. периодонтальную связку.

+3. цемент корня зуба.

+4. альвеолярная кость.

-5. пульпу зуба.

+6. сосуды и нервы.

1. Десну подразделяют на:

-1. межзубную.

-2. свободную.

-3. прикрепленную.

+5. все перечисленное.

1. Весь эпителий, покрывающий свободную десну, делят на:

+1. ротовой.

+2. щелевой.

+3. соединительный.

-4. переходный.

1. Функции периодонтальной связки:

-1. опорная, амортизирующая.

-2. трофическая.

-3. сенсорная.

-4. пластическая, строительная.

+5. все перечисленное.

1. Прикрепление соединительного эпителия к зубу осуществляется за счет:

+1. базальной мембраны.

-2. гемидесмосом.

-3. круговых волокон.

-4. все перечисленное.

1. Периодонт выполняет следующие функции:

-1. барьерную.

-2. опорную, амортизирующую.

-3. трофическую.

-4. рефлекторной регуляции жевательного давления.

-5. пластическую.

+6. все перечисленное.

1. Периодонтальное обследование включает:

-1. измерение глубины периодонтальных карманов.

-2. исследование фуркаций зубов.

-3. определение подвижности зубов.

-4. исследование прикуса при поражении периодонта.

-5. индексы.

+6. все перечисленное.

1. К дополнительным методам обследования относят:

-1. исследование прикуса при поражении периодонта.

+2. рентгенологическое исследование.

-3. определение подвижности зубов.

+4. определение стойкости капилляров десны.

+5. реопериодонтографию.

+6. изучение pH слюны.

1. Лабораторные методы исследования:

-1. исследование прикуса при поражении периодонта.

+2. бактериологическое исследование.

-3. определение стойкости капилляров десны.

+4. биохимические исследования.

-5. фотоплетизмография.

+6. генетические исследования.

1. Этиология обнажения фуркации корней:

-1. выступ эмали зуба.

-2. эндодонтический фактор.

-3. ятрогенный фактор.

+4. все перечисленное.

1. Клинические методы обследования:

+1. определение подвижности зубов.

+2. осмотр, пальпация, перкуссия.

-3. реопериодонтография.

-4. биохимические исследования.

-5. индекс CPITN.

+6. измерение глубины периодонтальных карманов.

1. На рентгенограмме начальное поражение периодонта определяется по следующим основным признакам:

+1. прерывистость и нечеткость контура кортикальной пластинки.

+2. расширение периодонтальной щели в виде клина в области шейки зуба с медиальной и дистальной поверхностей.

-3. отсутствие периодонтальной щели.

-4. увеличение расстояния между вершиной альвеолярного отростка и цементо-эмалевой границей.

1. Укажите жалобы больного при простом маргинальном гингивите:

–1. боль и кровоточивость десен при чистке зубов и приеме пищи.

+2. периодически появляющаяся кровоточивость десен при чистке зубов и приеме твердой пищи, неприятный запах изо рта.

–3. боль и кровоточивость десен, усиливающаяся при приеме пищи и чистке зубов, разрастание десен.

–4. боль при накусывании, подвижность зубов, кровоточивость десен во время чистки зубов, неприятный вкус во рту.

1. 974. Назовите местные причины возникновения простого маргинального гингивита:

–1. зубные отложения.

–2. дефекты пломбирования и протезирования.

–3. неудовлетворительная гигиена полости рта.

+4. все перечисленное.

1. Состояние десневого края при простом маргинальном гингивите:

–1. десневой край и отдельные сосочки увеличены, уплотнены, обычного цвета, покрывают часть коронки.

+2. умеренная гиперемия десневых сосочков со слабым цианозом, отечность их, при травмировании кровоточат, зубные отложения.

–3. десневые сосочки покрыты грязно-серым налетом, после его снятия видна эрозированная поверхность.

–4. яркая гиперемия и отечность десневых сосочков, сглаженность их вершин, болезненность, кровоточивость при пальпации.

1. Какую форму имеют межзубные сосочки при простом маргинальном гингивите:

–1. остроконечную форму вершины.

–2. шарообразную форму вершины.

+3. увеличенную в объеме.

+4. закругленную форму вершины.

–5. кратерообразную, усеченную форму вершины.

1. Клинические симптомы простого маргинального гингивита:

+1. кровотечение из десневой бороздки.

+2. изменение цвета десны от бледного до цианотичного.

–3. увеличенные десневые сосочки, бледно-розового цвета, плотные на ощупь.

+4. консистенция десны – рыхлая, отёчная.

1. При начальном хроническом воспалении десны отмечается:

–1. увеличение скорости образования и объёма десневой жидкости.

–2. миграция лейкоцитов.

–3. появление сывороточного белка в десневой жидкости.

+4. все перечисленное.

1. Какой индекс служит для выявления степени тяжести гингивита?

+1. РМА.

–2. КПИ.

–3. CPITN.

–4. КПУ.

1. Диагностика простого маргинального гингивита базируется на следующих симптомах:

+1. кровоточивость.

+2. отёк.

+3. болезненность.

+4. изменение цвета десны.

–5. наличие периодонтальных карманов.

1. Какова рентгенологическая картина при простом маргинальном гингивите?

–1. альвеолярный отросток равномерно атрофирован.

–2. равномерный остеопороз межальвеолярных перегородок.

–3. резорбция костной ткани в области группы зуба.

–4. деструкция альвеолярного края в области отдельных зубов, обычно распространяющаяся вдоль корня.

+5. альвеолярная кость имеет обычную структуру.

1. Назовите общие причины хронического гиперпластического гингивита:

+1. гормональные сдвиги в организме.

+2. прием некоторых лекарственных препаратов (дифенина, нифедипина).

+3. заболевания крови – лейкемические ретикулезы.

+4. авитаминоз С.

–5. хронические заболевания желудочно-кишечного тракта.

1. Укажите возможные местные причины хронического гиперпластического гингивита:

+1. глубокий прикус.

+2. острые края кариозной полости II и V классов.

–3. мягкие зубные отложения.

+4. некачественные пломбы (избыток пломбировочного материала в межзубных промежутках, нависающие края пломбы).

1. Укажите симптомы, характерные для отечной формы хронического гипертрофического гингивита:

+1. гиперемия, отек десневого края.

+2. кровоточивость.

–3. плотные, бледные, некровоточащие сосочки.

+4. увеличение размеров свободной десны.

1. При каких заболеваниях наблюдаются плотные бледно-розовые гиперплазированные дес-невые сосочки и десневой край?

–1. хронический простой маргинальный гингивит.

–2. хронический гиперпластический гингивит (отечная форма).

+3. хронический гиперпластический гингивит (фиброзная форма).

–4. острый герпетический стоматит.

–5. все перечисленное.

1. Ложный десневой карман имеется при:

–1. хронический простой маргинальный гингивит.

+2. хронический гипертрофический гингивит (отечная форма).

+3. хронический гипертрофический гингивит (фиброзная форма).

–4. острый герпетический стоматит.

–5. все перечисленное.

1. Жалобы больного при отечной форме гипертрофического гингивита:

–1. парестезия и изъязвления десен.

+2. эстетический дефект из-за необычного вида десен.

+3. болезненность десен при чистке зубов и во время приема пищи.

–4. неприятный запах изо рта, боль, плохое общее состояние.

–5. выраженная ноющая боль в деснах.

1. Жалобы пациента при фиброзной форме гиперпластического гингивита:

–1. парестезия и изъязвления десен.

+2. эстетический дефект из-за необычного вида десен.

–3. болезненность десен при чистке зубов и во время приема пищи.

–4. неприятный запах изо рта, боль, плохое общее состояние.

–5. выраженная ноющая боль в деснах.

1. Каково состояние десны при отечной форме гипертрофического гингивита?

+1. вершины межзубных сосочков округлые, десна увеличена, цианотична, поверхность ее гладкая, легко кровоточит.

–2. десна плотная, бугристая, бледная.

–3. десна имеет фестончатый вид.

–4. десневой край обычной окраски, плотный, увеличен в размерах, межзубные сосочки прикрывают часть коронок зубов.

–5. десна гиперемирована, легко кровоточит, имеются участки, покрытые серым налетом.

1. Каково состояние десны при фиброзной форме гипертрофического гингивита?

–1. вершины межзубных сосочков округлые, десна увеличена, цианотична, поверхность ее гладкая, легко кровоточит.

–2. десна плотная, бугристая, бледная.

–3. десна имеет фестончатый вид.

+4. десневой край обычной окраски, плотный, увеличен в размерах, межзубные сосочки, прикрывают часть коронок зубов.

–5. десна гиперемирована, легко кровоточит, имеются участки, покрытые серым налетом.

1. Жалобы больного при хроническом язвенном гингивите:

–1. парестезия десен.

–2. эстетический дефект из-за разрастания десен.

+3. кровоточивость десен.

+4. гнилостный запах изо рта.

+5. на боли в деснах.

1. Как выглядят десневой край при хроническом язвенном гингивите?

–1. гипертрофия отдельных десневых сосочков, их отечность, кровоточивость, болезненность.

–2. десневые сосочки атрофированы, десневой край с явлениями застойной гиперемии.

+3. десневой край покрыт серым зловонным налетом, после удаления, которого обнажается кровоточащая резко болезненная поверхность.

+4. вершины десневых сосочков как бы срезаны, контуры десневого края нарушены.

1. Как реагируют лимфоузлы при хроническом язвенном гингивите?

–1. увеличены, безболезненны, эластичны.

+2. увеличены, незначительно болезненны при пальпации.

+3. мягкой консистенции, не спаяны с окружающими тканями.

–4. увеличены, мягкой консистенции, спаяны между собой в пакеты.

1. Укажите характерные жалобы пациента при хроническом простом периодонтите легкой степени:

+1. кровоточивость десен при чистке зубов, приеме жесткой пищи.

+2. повышенная чувствительность зубов.

+3. незначительный зуд в деснах.

–4. появление трем и диастем.

+5. неприятный запах изо рта.

1. Наиболее типичные жалобы больного при хроническом простом периодонтите средней степени тяжести:

+1. обнажение корней зубов, их подвижность.

+2. смещение зубов, образование трем, диастем.

–3. повышение температуры тела, озноб, головная боль.

+4. кровоточивость десен.

+5. неприятный запах изо рта.

1. Укажите характерные жалобы больного при хроническом простом периодонтите тяжелой степени:

+1. кровоточивость и болезненность десен.

+2. подвижность и смещение зубов.

–3. незначительный зуд в деснах.

+4. затрудненное пережевывание пищи.

+5. неприятный запах изо рта.

1. Клиническая картина, характерная для хронического простого периодонтита легкой степени:

–1. бледный плотный контур десны.

+2. над- и поддесневые зубные отложения.

+3. гиперемия, отек десневого края.

–4. обнажение корней зубов.

+5. периодонтальные карманы выявляют преимущественно в области межзубных промежутков.

+6. наличие периодонтальных карманов глубиной до 3,5 мм.

–7. зубы подвижны, смещены.

1. Клиническая картина, характерная для хронического простого периодонтита средней степени:

–1. бледный плотный контур десны.

+2. над- и поддесневые зубные отложения.

+3. гиперемия, кровоточивость десен.

+4. может быть гнойное отделяемое из клинических карманов.

+5. наличие периодонтальных карманов глубиной до 5 мм.

+6. подвижность зубов I–II степени.

–7. подвижность зубов II– III степени.

1. Клиническая картина, характерная для хронического простого периодонтита тяжелой степени:

–1. бледный плотный контур десны.

+2. обильные над- и поддесневые зубные отложения.

+3. выраженная травматическая артикуляция.

+4. гнойное отделяемое из клинических карманов.

+5. наличие периодонтальных карманов глубиной более 5 мм.

–6. подвижность зубов I–II степени.

+7. подвижность зубов II– III степени.

1. Рентгенологические признаки, характерные для хронического простого периодонтита легкой степени:

–1. кортикальная пластинка сохранена, остеопороз вершин межзубных перегородок.

+2. отсутствие кортикальной пластинки на вершинах межальвеолярных перегородок, остеопороз вершин межзубных перегородок.

+3. снижение высоты межзубных перегородок – менее ⅓ длины корня.

–4. снижение высоты межзубных перегородок – от ⅓ до ½ длины корня.

–5. снижение высоты межзубных перегородок – более ½ длины корня.

1. Рентгенологические признаки, характерные для хронического простого периодонтита средней степени:

–1. кортикальная пластинка сохранена, остеопороз вершин межзубных перегородок.

+2. отсутствие кортикальной пластинки на вершинах межальвеолярных перегородок, остеопороз вершин межзубных перегородок.

–3. снижение высоты межзубных перегородок – менее ⅓ длины корня.

+4. снижение высоты межзубных перегородок – от ⅓ до ½ длины корня.

–5. снижение высоты межзубных перегородок – более ½ длины корня.

1. Рентгенологические признаки, характерные для хронического простого периодонтита тяжелой степени:

–1. кортикальная пластинка сохранена, остеопороз вершин межзубных перегородок.

+2. отсутствие кортикальной пластинки на вершинах межальвеолярных перегородок, остеопороз вершин межзубных перегородок.

–3. снижение высоты межзубных перегородок – менее ⅓ длины корня.

–4. снижение высоты межзубных перегородок – от ⅓ до ½ длины корня.

+5. снижение высоты межзубных перегородок – более ½ длины корня.

1. Местными этиологическими факторами хронического сложного периодонтита являются:

–1. продукты жизнедеятельности микроорганизмов в зубном налете.

–2. гигиенический режим полости рта.

–3. функциональная травматическая перегрузка.

+4. все перечисленное.

1. Общие факторы, регулирующие метаболизм тканей полости рта, от которых зависит характер ответной реакции тканей периодонта на патогенные воздействия:

–1. дефицит витаминов.

–2. атеросклеротическое поражение сосудов.

–3. нервно-дистрофические процессы.

–4. понижение реактивности организма.

–5. эндокринные нарушения.

–6. заболевания желудочно-кишечного тракта.

–7. болезнь крови и гемопоэтической системы.

–8. психосоматические факторы.

+9. все перечисленное.

1. Пациенты с хроническим сложным периодонтитом предъявляют жалобы на:

-1. кровоточивость и болезненность десен.

-2. неприятный запах изо рта.

-3. подвижность и смещение зубов.

+4. все перечисленное.

1. Клинические признаки хронического сложного периодонтита

-1. консистенция десны рыхлая, пастозная.

-2. форма и контур десневых сосочков изменены.

–3. воспалительные изменения десны.

–4. подвижность зубов 2-3 степени.

–5. поражение фуркации 3-4 степени.

+6. все перечисленное.

1. Основные дифференциально-диагностические признаки хронического сложного периодонтита:

–1. выраженная генерализованная резорбции костной ткани (более 1/3 длины корня).

-2 глубокие периодонтальные карманы (более 5 мм).

-3. наличие окклюзионной травмы и сопутствующей общесоматической патологии.

+4. все перечисленное.

1. Виды прогноза болезней периодонта:

-1. общий.

-2. для отдельных зубов.

-3. специальный.

+4. все вышеперечисленное.

1. Какие факторы определяют общий прогноз лечения периодонта:

-1. возраст пациента.

-2. контакт пациента с врачом.

-3. наличие общесоматической патологии.

+4. все вышеперечисленное.

1. Какие мероприятия включает предварительная фаза лечения болезней периодонта:

-1. удаление ненадежных зубов.

-2. профессиональная гигиена.

-3. снятие некачественных ортопедических конструкций.

+4. все вышеперечисленное.

1. Какие мероприятия включает этиологическая фаза лечения болезней периодонта?

-1. удаление налёта и полировка поверхностей.

-2. противомикробная терапия.

-3. коррекция пломб и протезов.

+4. все вышеперечисленное.

1. Какова распространенность заболеваний периодонта у взрослых в РБ?

-1. 30%.

-2. 50%.

-3. 80%.

+4. 100%

1. Может ли хроническое воспалительное заболевание периодонта быть полностью обратимым?

-1. Да.

-2. Нет.

+3. Да, при условии отсутствия деструктивных изменений.

-4. Да, только у подростков.

1. Что включает в себя первичная профилактика заболеваний периодонта?

-1. Шинирование зубов.

-2. Кюретаж.

+3. Мотивация, профессиональная гигиена полости рта.

-4. Гингивотомия.

-5. Окклюзионное пришлифовыние зубов.

-6. Все перечисленное.

1. Мотивацию пациентов с заболеваниями периодонта необходимо проводить:

-1. 1 раз в год.

-2. 2 раза в год.

-3. Во время первого визита пациента.

+4. Во время каждого посещения пациента.

1. Назовите основной объективный критерий качества проведения мотивации пациентов с заболеваниями периодонта:

+1. Хороший уровень гигиены полости рта (0,3-0,6 по OHI-S).

-2. Посещение стоматолога 2 раза в год.

-3. Чистка зубов 2 раза в день.

-4. Исчезновение периодонтального кармана.

-5. Регулярное использование зубных нитей.

-6. Всё вышеперечисленное.

1. Подготовительный этап лечения болезней периодонта включает:

-1. ликвидацию кариозных полостей.

-2. восстановление и полировку контура некачественных пломб или композитов.

-3. удаление наддесневого зубного камня.

-4. обучение пациентов правильной гигиене полости рта, подбор ее индивидуальных средств и методов.

+5. все вышеперечисленное.

1. Достижению хороших результатов подготовительного этапа способствует:

-1. отсутствие нависающих краев пломб 2,3,4,5 классов.

-2. поддержание уровня гигиены полости рта на хорошем уровне.

-3. наличие у пациентов должной мотивации, тщательный контроль за зубной бляшкой

+4. все вышеперечисленное.

1. К каким из перечисленных факторов относятся микроорганизмы зубного налета?

-1. факторы риска.

-2. фактор иммунологической защиты.

+3. этиологический фактор.

-4. ни к одному из названных.

1. Какой препарат наиболее эффективен для полоскания полости рта во время лечения болезней периодонта?

-1. раствор марганцовки 1:5000.

-2. перекись водорода 1 %-ная.

+3. раствор хлоргексидина 0,06 %-ный.

-4. йодинол.

1. Что включает в себя термин «профессиональная гигиена»?

-1. удаление зубных отложение со всех поверхностей зубов с последующей полировкой фторсодержащими зубными пастами.

-2. мотивация пациента по гигиене полости рта.

+3. мотивация пациента с последующим тщательным удалением зубных отложений и полированием зубов, контрольные визиты.

1. Определите тактику стоматолога при лечении гингивита у беременных:

+1. проводить лечебные мероприятия сразу после постановки диагноза «гингивит».

-2. проводить лечение гингивита после окончания беременности.

-3. сроки проведения лечения не имеют значения.

-4. лечение не показано

1. Какую форму имеют вершины межзубных сосочков при хроническом простом гингивите?

+1. закругленную.

-2. остроконечную.

-3. шарообразную.

-4. кратерообразную.

-5. усеченную.

1. Какие дефекты ортопедического лечения могут вызвать гиперпластический гингивит?

-1. длинные и широкие коронки.

-2. травма десны кламмером.

-3. коронка без выраженного экватора.

-4. межзубные ортопедические шины, расположенные в придесневой части коронки.

+5. все вышеперечисленное.

1. Комплекс методов профилактики включает:

-1. гигиену полости рта.

-2. использование фторидов.

-3. рациональное питание.

+4. все перечисленное верно.

1. Оценка эффективности профилактических мероприятий основана на следующих принципах:

-1. обследованию в начале и в конце программы подлежат одни и те же возрастные группы населения (например, взрослое население в возрасте от 35 до 44 лет).

-2. при сравнении результатов должны использоваться адекватные контрольные группы.

-3. обследование должно проводиться хорошо откалиброванной командой специалистов.

-4. для обследования и оценки эффективности должны быть использованы одни и те же индексы.

+5. все вышеперечисленное.

1. Из какого принципа необходимо исходить при диагностике болезней периодонта?

-1. Оценивать состояние пациента.

-2. Оценивать болезни периодонта.

+3. Провести комплексное исследование.

-4. Выявить ранние стадии болезни.

1. Нужно ли искать общие факторы патологии периодонта, если очевидны местные?

+1. Да.

-2. Нет.

-3. Только у пожилых людей.

-4. Только при наличии клинической лаборатории.

1. Включает ли история болезни пациента обследуемого по поводу патологии периодонта информацию о чистке зубов?

-1. Не включает.

+2. Включает.

-3. Только у подростков.

-4. Только при обследовании в периодонтологических кабинета.

1. Имеет ли значение сила продвижения периодонтального зонда при определении глубины зубо-десневого кармана?

-1. Не имеет.

+2. Имеет.

-3. Имеет при использовании острого зонда.

-4. Имеет при наличии поддесневого камня.

-5. Имеет при глубоком кармане.

1. Какой из терминов наиболее точно характеризует «клиническую глубину» периодонтального кармана?

-1. Глубина проникновения.

+2. Расстояние от края десны до основания кармана.

-3. Расстояние от эмалево-цементного соединения до дна кармана.

-4. Зондирование до легкой боли.

1. На что может указывать расширение периодонтальной щели?

-1. Заболевания апикального периодонта.

-2. Заболевания маргинального периодонта.

-3. Окклюзионную травму.

-4. Неправильное ортодонтическое лечение.

+5. Все вышеперечисленое.

1. В каком из перечисленных индексов регистрируется кровоточивость десны?

-1. PLI Silness-Loe.

+2. GI Loe-Silness.

-3. РМА (Parm).

-4. PI Russel.

-5. CPTN.

1. Возможно ли установить правильный диагноз у пациента с заболеваниям периодонта без рентгенографии?

-1. Возможно.

-2. Только при развившейся стадии заболевания.

+3. Не возможно

-4.Только при начальной стадии заболевания

-5.Только при генерализованной форме

1. В чем отличие «упрощенного» от «полного» индекса гигиены рта Грина-Вермиллиона?

-1. Не применяется окрашивание.

-2. Исследуется только зубной налет.

-3. Модификация ГИ Федорова-Володкиной.

+4. Количеством исследуемых зубов.

-5.Использование только красителя

1. Можно ли точно определить периодонтальный карман без рентгенографии?

-1. Нет.

+2.Можно. визуально

-3. Только в развившихся стадиях.

-4. Только при патологической подвижности зубов

-5. Можно используя метод зондирования

1. Какому из перечисленных заболеваний наиболее часто сопутствует десквамативный гингивит?

-1. Лейкоплакии.

+2. Дерматозам.

-3. Заболеваниям крови.

-4. Заболеваниям сердечно-сосудистой системы.

1. С помощью какого из перечисленных индексов можно определить толщину зубного налета?

-1. ГИ Федорова-Володкиной.

-2. PQI Qugley-Hei

-3. Проба Шиллера.

+4. PLI Silness-Loe

-5. КПИ.

1. Укажите последовательность утраты чувствительности под действием местных анестетиков:

-1. Болевая, тактильная, проприоцептивная, температурная.

+2. Болевая, температурная, тактильная, проприоцептивная.

-3. Болевая, тактильная, температурная, проприоцептивная.

-4. Температурная, тактильная, проприоцептивная ,болевая

-5. Болевая, тактильная,температурная проприоцептивная.

1. В результате чего анестезирующий эффект в воспаленных тканях обычно значительно ослаблен?

-1. Не происходит гидролиза соли анестетика.

-2. Анестетик разрушается в щелочной среде.

+3. Анестетик разрушается в кислой среде.

-4.Анестетик быстро всасывается в воспаленную ткань.

-5.Анестетик медленно всасывается в воспаленную ткань.

1. Определите метод местной анестезии для обезболивания премоляров нижней челюсти:

-1. Инфильтрационная.

-2. Мандибулярная.

-3. Ментальная.

-4.Интралигаментарная

+5. Все вышеперечисленное.

1. Допустимо ли использование одной карпулы анестетика для двух пациентов?

-1. Да.

+2. Нет.

-3. Только при наличии пассивной аспирационной системы.

-4.Только у одного пациента

-5.Только у близких родственников

1. Что из перечисленного является противопоказанием к применению феллипрессина?

-1. Сердечная аритмия.

-2. Гипертиреодизм.

+3. Беременность.

-4.Сахарный диабет.

-5. Все перечисленное.

1. . Какой из перечисленных препаратов может стать причиной тяжелой интоксикации в случае даже незначительного превышения его терапевтической дозы?

-1. Анестезин.

-2. Новокаин.

+3. Дикаин.

-4. Тримекаин.

-5. Артикаин.

1. Что из перечисленного является противопоказанием для проведения интралигаментарной анестезии?

-1. Острый пульпит.

-2. Хронический апикальный периодонтит.

+3. Незавершенное формирование верхушки корня.

-4. Острый апикальный периодонтит

-5. Все вышеперечисленное.

1. У какого из перечисленных препаратов анестезирующая активность по отношению к новокаину выше в 5 раз?

-1. Лидокаин.

-2. Тримекаин.

+3. Ультракаин.

-4. Дикаин

-5.Бупивакаин

1. Определите метод местной анестезии и объем анестетика для обезболивания 13, 12, 11, 21, 22, 23 артикаином:

+1. Инфильтрационная (0,3-0,5 мл).

-2. Инфильтрационная (1,0-1,5 мл).

-3. Инфильтрационная (2,0-3,0 мл).

-4. Проводниковая (1,0-1,5 мл).

-5. Проводниковая (1,5-2,0 мл).

-6. Проводниковая (2,0-5,0 мл).

1. Определите метод местной анестезии и объем анестетика для обезболивания зубов 15. 14, 24, 25 ультракаином:

+1. Инфильтрационная (0,3-0,5 мл).

-2. Инфильтрационная (1,0-1,5 мл

-3. Инфильтрационная (2,0-3,0 мл).

-4. Проводниковая (1,0-1,5 мл).

-5. Проводниковая (1,5-2,0 мл).

-6. Проводниковая (2,0-5,0 мл).

1. Определите метод местной анестезии и объем анестетика для обезболивания зубов 15, 14, 24, 25 лидокаином:

-1. Инфильтрационная (0,3-0,5 мл).

+2. Инфильтрационная (1,0-1,5 мл).

-3. Инфильтрационная (2,0-3,0 мл).

-4. Проводниковая (1,0-1,5 мл).

-5. Проводниковая (1,5-2,0 мл).

-6. Проводниковая (2,0-5,0 мл).

1. Определите метод местной анестезии и объем анестетика для обезболивания зубов 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44 ультракаином:

+1. Инфильтрационная (0,3-0,5 мл).

-2. Инфильтрационная (1,0-1,5 мл).

-3. Инфильтрационная (2,0-3,0 мл).

-4. Проводниковая (1,0-1,5 мл).

-5. Проводниковая (1,5-2,0 мл).

-6. Проводниковая (2,0-5,0 мл).

1. Укажите высшую разовую дозу адреналина для взрослого здорового человека:

-1. 0,04 мг.

+2. 0,2 мг.

-3. 0,4 мг.

-4. 0,02 мг.

-5.1,0г .

1. Укажите максимальную разовую дозу раствора ультракаина для взрослого весом 70 кг:

-1. 10 мл.

+2. 12,5 мл.

-3. 15,5 мл.

-4. 30,5 мл.

1. Укажите максимально допустимую дозу ультракаина с вазоконстриктором:

-1. 4,5 мг/кг.

-2. 5 мг/кг.

-3. 6,6 мг/кг.

+4. 7 мг/кг.

-5. 14мг/кг.

1. Укажите максимально допустимую дозу мепивакаина с вазоконстриктором:

-1. 4,5 мг/кг.

-2. 5 мг/кг.

+3. 6,6 мг/кг.

-4. мг/кг.

-5. 14 мг/кг.

1. Укажите максимально допустимую дозу лидокаина с вазоконстриктором:

-1. 4,5 мг/кг.

-2. 5 мг/кг.

-3. 6,6 мг/кг.

+4. 7 мг/кг.

-5. 14 мг/кг.

1. Укажите максимально допустимую дозу новокаина с вазоконстриктором:

-1. 4,5 мг/кг.

-2. 5 мг/кг.

-3. 6,6 мг/кг.

-4. 7 мг/кг.

+5. 14 мг/кг.

1. Укажите максимально допустимую дозу (мг/кг) ультракаина без вазоконстриктора:

-1. 4,5 мг/кг.

+2. 5 мг/кг.

-3. 6,6 мг/кг.

-4. 7 мг/кг.

-5. 14 мг/кг.

1. Укажите максимально допустимую дозу (мг/кг) мепивакаина без вазоконтриктора:

+1. 4,5 мг/кг.

-2. 5 мг/кг.

-3. 6,6 мг/кг.

-4. 7 мг/кг.

-5. 14 мг/кг.

1. Укажите максимально допустимую дозу (мг/кг) лидокаина без вазоконстриктора:

+1 4,5 мг/кг.

-2. 5 мг/кг.

-3. 6,6 мг/кг.

-4. 7 мг/кг.

-6. 14 мг/кг.

1. Укажите максимально допустимую дозу (мг/кг) новокаина без вазоконстриктора:

-1. 4,5 мг/кг.

-2. 5 мг/кг.

-3. 6,6 мг/кг.

+4. 7 мг/кг.

-5. 14 мг/кг.

1. Укажите высшую разовую дозу 0,25% раствора новокаина для взрослого:

+1. 500 мл.

-2. 150 мл.

-3. 100 мл.

-4. 30 мл.

1. Укажите высшую разовую дозу 0,5% раствора новокаина для взрослого:

-1. 500 мл.

+2. 150 мл.

-3. 100 мл.

-4. 30 мл.

1. Укажите высшую разовую дозу 2% раствора лидокаина для взрослого:

-1. 12,5 мл.

-2. 15 мл.

+3. 20 мл.

-4. 30 мл.

-5. 75 мл.

-6 100 мл.

-7. 400 мл.

1. Какой из перечисленных препаратов не используется в детской стоматологии из-за высокой токсичности?

-1. Анестезин.

-2. Новокаин.

+3. Дикаин.

-4. Тримекаин.

-5. Артикаин.

1. Укажите длительность анестезии при проведении местного обезболивания ультракаином с вазоконстриктором:

+1. 170-180 мин.

-2. 120-130 мин.

-3. 60 мин.

-4. 45-90 мин.

-5. 30-60 мин.

-6. 30-40 мин.

-7. 15-30 мин.

1. Укажите длительность анестезии при проведении местного обезболивания ультракаином без вазоконстриктора:

-1. 170-180 мин.

-2. 120-130 мин.

+3. 60 мин.

-4. 45-90 мин.

-5. 30-60 мин.

-6. 30-40 мин.

-7. 15-30 мин.

1. Укажите длительность анестезии при проведении местного обезболивания лидокаином без вазоконстриктора:

-1. 170-180 мин.

-2. 120-130 мин.

-3. 60 мин.

-4. 45-90 мин.

+5. 30-60 мин.

-6. 30-40 мин.

-7. 15-30 мин.

1. На сколько процентов можно прогнозировать снижение интенсивности кариеса у взрослых при ежедневном назначении таблеток фторида натрия?

+1. 0%.

-2. 10%.

-3. 30%.

-4. 50%.

-5.60%

1. Укажите эффективность фторсодержащих паст в коммунальных программах профилактики кариеса?

-1. 0%.

-2. 15%.

+3. 25%.

-4. 35%.

-5. 45%.

1. Какой режим чистки зубов фторсодержащей зубной пастой рекомендуется для взрослых?

-1. 1-2 раза в год.

-2. 1 раз в неделю.

-3. С. 1 раз в месяц.

-4.Через день

+5. Ежедневно.

1. Укажите длительность применения фторсодержащей зубной пасты для достижения максимального эффекта?

-1. 2-3 месяца.

-2. 12 месяцев.

-3. 6 месяцев.

-4. 5 лет.

+5. Всю жизнь.

1. Предупреждает ли санация кариес у взрослых?

-1. Да.

+2. Нет.

-3. Частично.

-4. Только у детей.

-5. Неизвестно.

1. Какой из перечисленных методов фторпрофилактики охватывает наибольшее количество населения в мире?

-1. Фторирование воды.

-2. Фторирование соли.

+3. Использование фторсодержащих зубных паст.

-4. Полоскание рта растворами фторидов.

-5.Использование фторированного молока.

1. Что из перечисленного объясняет механизм действия фтора?

-1. Ускорение гликолиза.

+2. Повышение резистентности эмали.

-3. Замедление реминерализации.

-4. Все вышеперечисленное

1. Укажите минимальную концентрацию фтора в пищевой соли при тотальном фторировании:

-1. 100 мкг/кг.

-2. 100 мг/кг.

-3. 200 мкг/кг.

+4. 200 мг/кг.

-5. 350 мкг/кг

-6. 350 мг/кг.

1. Укажите максимально допустимую концентрацию фтора в зубной пасте, поступающей в свободную продажу:

-1. 500 ррm.

+2. 1500 ррm.

-3. 2000 ррm.

-4. 2500 ррm.

-5.3000 ррm

1. Укажите эффективность метода фторирования питьевой воды для зубов постоянного прикуса:

-1. 20-30%.

+2. 50-60%.

-3. 60-70%.

-4. 90%.

-5.15%

1. В чём заключается недостаток метода фторирования питьевой воды?

-1. Сложная технология.

+2. Необходимость централизованного водоснабжения.

-3. Дороговизна.

-4. Всё вышеперечисленное.

1. Укажите максимально допустимую концентрацию фтора в зубной пасте, поступающей в свободную продажу:

-1. 0,05%.

+2. 0,15%.

-3. 0,3%.

-4. 1%.

-5.2%

1. Какие из перечисленных средств гигиены полости рта относятся к основным?

-1. Зубные щетки и зубочистки.

+2. Зубные щетки и зубные пасты.

-3. Зубная щетка и зубная паста и флоссы.

-4. Зубочистки, флоссы и ирригаторы.

-5.Электрическая зубная щетка

1. Укажите оптимальную концентрацию фтора в питьевой воде:

+1. 0,5-1 ррm.

-2. 1,5 мг/л.

-3. 8-3. 2 ррm.

-4. 0,1 мг

-5. 4.мг /л.

1. Какой из перечисленных ниже продуктов можно отнести к некариесогенным?

-1. Сыр.

-2. Зерновые.

-3. Мясо.

-4. Молоко.

+5. Все вышеперечисленные.

1. Укажите противопоказания к герметизации фиссур:

-1. Незаконченная минерализация фиссур.

-2. Наличие глубоких фиссур.

-3. Отсутствие фиссурного кариеса.

+4. Плохая гигиена рта.

-5. Всё вышеперечисленное.

1. Возможно ли сочетание методов фторирования питьевой воды и использования F-зубных паст?

+1. Да.

-2. Нет.

-3. Только при высокой интенсивности кариеса.

-4. Только при низкой интенсивности кариеса.

-5.Только при низкой коцентрации фтора в питьевой воде

1. От чего зависит кариесогенность пищи?

-1. От адгезивности пищи.

-2. От времени нейтрализации кислоты.

-3. От подверженности эмали деминерализации.

-4 От повышенного содержания углеводов

+5 . От всех выше перечисленных факторов.

1. Какой из перечисленных факторов не влияет на кариесогенный потенциал углеводов?

-1. Продолжительность приема пищи.

-2. Частота употребления.

-3. Количество выделяемой слюны.

-4. Содержание фтора в питьевой воде.

+5. Влияют все.

1. Какой из сахаров наименее кариесогенный?

-1. Глюкоза.

-2. Фруктоза.

-3. Сахароза.

+4. Лактоза..

1. Какой из нижеперечисленных соединений относится к интенсивным подсластителям?

-1. Ликазин.

-2. Аллатинит.

+3. Аспартам.

-4. Манитол.

-5.Фруктоза

1. В каком году была принята Национальная программа профилактики кариеса зубов и болезней периодонта в Беларуси?

-1. В 1993 г.

-2. В 1995 г.

-3. В 1997 г.

+4. В 1998 г.

-5. В 2002 г.

1. Какой стоматологический персонал предусмотрен для реализации Национальной программы профилактики в Беларуси?

-1. Детские стоматологи.

-2. Специальный персонал.

+3. Все стоматологи и зубные врачи.

-4. Гигиенисты.

+5.Медицинские сестры

1. Какая концентрация фтора в моче соответствует оптимальной F-нагрузке?

-1. 0,1 ррm.

+2. 1 ррm.

-3. 4 ррm.

-4. 10 ррm.

-5. 150 ррm

1. Какие средства можно использовать для ингибирования образования зубного налета?

-1. Хлоргексидин.

-2. Алексидин.

-3. Листерин.

-4. Раствор NaF.

+5. Все вышеперечисленные

1. С какого возраста следует начинать гигиенический уход за полостью рта?

+1. С рождения.

-2. С 6 месяцев.

-3. С 3 лет.

-4. С 5-6 лет.

-5.С начала обучения в школе

1. В каких случаях кариес не регистрируется?

-1. Размягчение эмали на гладкой поверхности.

-2. Размягченная стенка фиссуры.

+3. Пигментированное пятно.

-4. Подрытая эмаль.

-5.Показатели ЭОД 15 мка

1. Укажите один из факторов риска заболевания кариесом:

-1. Прием углеводов 3 раза в день.

-2. Прием сладостей каждый день.

+3. Прием углеводов 5 раз в день.

-4. Прием сыра чаще 5 раз в день.

-5. Курение

1. При каком условии гигиена рта является одним из методов профилактики кариеса зубов?

-1. Использование Са-содержащей зубной пасты.

-2. Использование жесткой щетки.

+3. Использование F-содержащей зубной пасты.

-4. Применение зубной пасты с триклозаном.

-5.Использование электрической зубной щетки

1. Какие группы взрослого населения подлежат диспансеризации с целью профилактики кариеса зубов?

-1. С заболеванием желудка.

-2. С заболеванием эндокринной системы.

-3. С множественным кариесом.

-4. C ксеростомией ротовой полости

+5. Все перечисленное.

1. Какие применяются критерии оценки эффективности программы профилактики кариеса зубов у взрослых?

-1. Величина индекса гигиены.

-2. Индекс КПИ.

+3. Индекс КПУ.

-4. Индекс рецессии десны

628. Назовите основные структурные элементы периодонта:

- 1. Десна

- 2. Периодонтальная связка;

- 3. Цемент корня зуба;

- 4. Стенка зубной альвеолы;

+ 5. Все вышеперечисленное.

629. Что может быть положено в основу классификации болезней:

- 1. клиника;

- 2. патоморфологические изменения;

- 3. этиология;

- 4. характер течения болезни;

- 5. распространенность процесса;

+ 6. все вышеперечисленные.

630. Что положено в основу классификации Американской академии периодонтологии (ААР):

- 1. возраст начала заболевания;

- 2. клинические проявления;

- 3. частота рецидивов;

- 4. характер патогенной микрофлоры;

- 5. влияние системных факторов;

- 6. распространенность;

+ 7. все вышеперечисленное.

631. Какие основные разделы, описывающие заболевания десен, выделяет классификация Американской академии периодонтологии (ААР):

+ 1. заболевания десен, вызванные зубным налетом;

+ 2. заболевания десен, не вызванные зубным налетом;

- 3. заболевания десен генетического происхождения;

- 4. гингивит, вызванный специфической бактериальной флорой.

632. Что изучают при проведении периодонтологического обследования:

- 1. первичный этиологический фактор;

- 2. наследственность;

- 3. социально-экономический уровень;

- 4. поведение;

- 5. системные заболевания;

- 6. факторы риска;

- 7. этническую принадлежность;

+ 8. все вышеперечисленное.

633. Укажите основной этиологический фактор развития болезней периодонта:

- 1. зубной камень;

+ 2. микроорганизмы зубного налета;

- 3. обменные и гормональные нарушения в организме;

- 4. курение;

- 5. сердечно-сосудистые заболевания.

634. Какие микроорганизмы играют главную роль в образовании биопленки:

- 1. Е.coli;

- 2. Lactobacillum;

- 3. Str. mutans, а. viscosus;

+ 4. P. gingivalis.

+ 5.Treponema denticola

635. Какие микроорганизмы играют ведущую роль в развитии язвенного гингивита:

- 1. А. Actinomycetamcomitans;

- 2. P. gingivalis;

- 3. стрептококки;

+ 4. фузоспирахетозная флора.

636. Укажите изменяемые факторы риска заболеваний периодонта:

+ 1. курение;

+ 2. стресс;

+ 3. питание;

+ 4. побочные эффекты лекарственных препаратов;

+ 5. неблагоприятные экологические факторы;

637. Укажите местные факторы риска возникновения заболеваний периодонта:

+ 1. аномалии прикрепления уздечек губ, языка;

+ 2. тяжи слизистой, короткие уздечки языка и губ;

+ 3. мелкое преддверие рта;

+ 4. дефекты пломбирования, протезирования и ортодонтического лечения;

+ 5. аномалии положения зубов, скученность зубов;

638. Укажите общие факторы риска возникновения заболеваний периодонта:

+ 1. сахарный диабет;

+ 2. гормональные нарушения в период беременности и полового созревания;

+ 3. заболевания крови;

- 4. мелкое преддверие рта.

639. Охарактеризуйте десневой край при остром язвенном гингивите?

+ 1. десневой край покрыт грязно-серым налетом, после снятия, которого образуется

эрозивная, кровоточащая поверхность;

- 2. десневые сосочки увеличены, уплотнены;

- 3.десневой край и отдельные десневые сосочки гиперемированы, отечны, легко кровоточат.

- 4. десневой край бледно розового цвета, отечен

- 5. десневые сосочки плотные, цианотичные

- 6. Десневой край и отдельные десневые сосочки гиперемированы, отечны, легко кровоточат

640. С какими заболеваниями следует дифференцировать острый язвенно-некротический гингивит?

- 1. дифтерия;

- 2. сифилис;

+ 3. заболевания крови (острый лейкоз);

- 4. многоформная экссудативная эритема;

- 5. острый герпетический стоматит;

- 6. аллергический стоматит;

+ 7. Проявление ВИЧ/СПИД в полости рта

641. Назовите характерные клинические проявления хронического периодонтита:

- 1. болезненность и кровоточивость десен;

- 2. наличие поддесневого камня и обильного зубного налета;

- 3. периодонтальные карманы;

- 4. подвижность зубов разной степени;

- 5. гнойные выделения из кармана;

- 6. смещение зубов;

- 7. травматическая окклюзия;

- 8. гипертрофия десневых сосочков;

- 9. изъязвленность десневого края;

- 10.цианотичность десневого края;

- 11. гиперестезия шеек зубов;

+ 12.все вышеперечисленное.

642. Какие лекарственные препараты могут провоцировать развитие гиперпластического гингивита?

+ 1. противоэпилептические;

- 2. иммуномодуляторы;

- 3. антибиотики.

- 4. Сульфаниламиды

+ 5. Проиивозачаточные

643. Укажите факторы риска развития язвенно-некротического гингивита?

+ 1. плохая гигиена полости рта;

+ 2. стресс;

+ 3. курение;

- 4. Частая чистка зубных рядов

- 5. Использование ротовых ополаскивателей

644. Какие участки десны поражаются при десквамативном гингивите?

- 1. десневые сосочки;

-2. прикрепленная десна;

- 3.десневой край;

+ 4. все вышеперечисленное.

645. Какие рентгенологические признаки характерны для агрессивного периодонтита (III А тип), (ювенильного периодонтита).

- 1. вертикальная резорбция кости в области 1-х моляров;

- 2. вертикальная резорбция кости в области резцов;

- 3. аркообразная резорбция альвеолярной кости;

+ 4. все вышеперечисленное.

646. Каким микроорганизмам принадлежит ведущая роль в этиологии агрессивного периодонтита (III А тип), (ювенильного периодонтита)?

- 1. F. nucleatum;

- 2. Спирохеты;

+ 3. А. Actinomycetamcomitans;

- 4. Str. mitis;

- 5. St. aureus.

647. Один из этиологических факторов хронического сложного периодонтита?

+ 1. окклюзионная травма;

- 2. сахарный диабет;

- 3. синдром Дауна;

- 4. курение;

- 5. обильные зубные отложения.

648. Какие клинические признаки характерны для агрессивного периодонтита (III А тип), юношеского (ювенильного) периодонтита?

- 1. выраженное воспаление десны;

- 2. обильные зубные отложения;

+ 3. наличие глубоких периодонтальных карманов;

- 4. все вышеперечисленное.

649. Укажите основной клинический признак травматической окклюзии:

- 1. кровоточивость десны;

- 2. боли от горячего и холодного;

- 3. боль при накусывании;

+ 4. подвижность зуба.

- 5. Все вышеперечисленное

650. Какими критериями определяется тяжесть хронического периодонтита:

- 1. глубиной периодонтального кармана;

- 2. уровнем потери клинического прикрепления;

- 3. степенью резорбции костной ткани;

- 4. подвижностью зубов;

+ 5. всем вышеперечисленным.

651. Укажите признаки ремиссии хронического периодонтита:

- 1. отсутствие симптомов гингивита;

- 2. отсутствие зубных отложений;

- 3. отсутствие экссудата и грануляций;

- 4. отсутствие периодонтальных карманов;

- 5. со стороны костной ткани – стабилизация;

- 6. на рентгенограмме нет очагов остеопороза.

+ 7.все вышеперечисленное

652. Укажите общие клинические симптомы агрессивных форм периодонтита:

- 1. тяжелое поражение тканей периодонта на момент обследования по сравнению с пациентами аналогичного возраста;

- 2. быстрое нарастание клинических признаков воспаления за относительно короткий срок;

- 3. несоответствие клинических проявлений глубине деструктивных изменений в кости;

- 4. количество зубных отложений не соответствует тяжести поражения тканей периодонта;

+ 5.все вышеперечисленное.

653. К основным методам диагностики заболеваний периодонта относят:

+ 1. опрос;

+ 2. осмотр;

- 3. методы функциональной диагностики состояния кровообращения в тканях периодонта;

- 4. исследование десневой жидкости;

- 5. изучение аллергологического состояния организма;

- 6. оценку общего состояния организма.

654. К дополнительным методам диагностики заболеваний периодонта относят:

- 1. опрос;

- 2. осмотр;

+ 3. методы функциональной диагностики состояния кровообращения в тканях периодонта;

+ 4. исследование десневой жидкости;

+ 5. изучение аллергологического состояния организма;

+ 6. оценку общего состояния организма.

655. Укажите количество сторон, с которых сложный периодонтальный карман охватывает зуб:

- 1. с одной;

- 2. с двух;

- 3. с трёх;

+ 4. с четырёх.

656. Какому состоянию гигиены полости рта, выраженному индексом OHIS, соответствует цифровое значение 0,7:

- 1. хорошая гигиена полости рта;

+ 2. удовлетворительная гигиена полости рта;

- 3. неудовлетворительная гигиена полости рта;

- 4. плохая гигиена полости рта.

- 5. очень плохая гигиена рта

657. Какой степени тяжести воспаления десны, выраженной индексом GI, соответствует цифровое значение 0,9:

+ 1. гингивиту лёгкой степени тяжести;

- 2. гингивиту средней степени тяжести;

- 3. гингивиту тяжёлой степени.

- 4. локализованный гингивит

- 5. генерализованный гингивит

658. К рентгенологическим признакам поражения периодонта средней степени тяжести относятся:

- 1. резорбция костной ткани до 20% общей длины корня зуба;

+ 2. резорбция костной ткани до 40% общей длины корня зуба;

- 3. преобладание вертикального типа деструкции костной ткани;

- 4. сочетание горизонтального и вертикального типа деструкции костной ткани;

- 5. резорбция костной ткани более 40% общей длины корня зуба.

659. Использование денситометрического анализа рентгенограмм в периодонтологии позволяет:

- 1. выявить начальные стадии остеопороза;

- 2. оценить степень выраженности патологических изменений костной ткани межзубных перегородок и тела челюсти;

- 3. осуществить контроль динамики патологического процесса.

+4. Все выше перечисленное

660. Реопериодонтография представляет собой:

+ 1. метод оценки функционального состояния сосудов тканей периодонта, путём регистрации пульсирующего в них тока крови;

- 2. метод, определяющий оптическую плотность рентгеновского изображения при помощи микрофотометров и других приборов;

- 3. метод количественной оценки состояния плотности костной ткани, путём измерения времени прохождения УЗ колебаний через исследуемый участок кости;

- 4. графическую регистрацию зависимости силы тока от напряжения при прохождении его через биологические жидкости или ткани.

661. Эхоостеометрия представляет собой:

- 1. метод оценки функционального состояния сосудов тканей периодонта, путём регистрации пульсирующего в них тока крови;

- 2. метод, определяющий оптическую плотность рентгеновского изображения при помощи микрофотометров и других приборов;

+ 3. метод количественной оценки состояния плотности костной ткани, путём измерения времени прохождения УЗ колебаний через исследуемый участок кости;

- 4. графическую регистрацию зависимости силы тока от напряжения при прохождении его через биологические жидкости или ткани.

662. Денситометрия представляет собой:

- 1. метод оценки функционального состояния сосудов тканей периодонта, путём регистрации пульсирующего в них тока крови;

-2. метод, определяющий оптическую плотность рентгеновского изображения при помощи микрофотометров и других приборов;

- 3. метод количественной оценки состояния плотности костной ткани, путём измерения времени прохождения УЗ колебаний через исследуемый участок кости;

+ 4. графическую регистрацию зависимости силы тока от напряжения при прохождении его через биологические жидкости или ткани.

663. Полярография представляет собой:

+ 1. метод оценки функционального состояния сосудов тканей периодонта, путём регистрации пульсирующего в них тока крови;

- 2. метод, представляющий определяющий оптическую плотность рентгеновского изображения при помощи микрофотометров и других приборов;

- 3. метод количественной оценки состояния плотности костной ткани, путём измерения времени прохождения УЗ колебаний через исследуемый участок кости;

- 4. графическую регистрацию зависимости силы тока от напряжения при прохождении его через биологические жидкости или ткани.

664. Один из этиологических факторов хронического сложного периодонтита?

+ 1. окклюзионная травма;

- 2. сахарный диабет;

- 3. синдром Дауна;

- 4. курение;

- 5. обильные зубные отложения.

665. Укажите возможные жалобы при гиперпластическом гингивите (отечная форма):

+1. кровоточивость десен при чистке зубов и приеме твердой пищи;

+ 2. боль в деснах;

+ 3. неприятный запах изо рта;

+ 4. изменение цвета десны 4 контура

+ 5. изменение контура десны;

- 6. Только кровоточивость десен при чистке зубов

666. С каким заболеваниями следует дифференцировать острый периодонтальный абсцесс со свищом?

- 1. с острым пульпитом;

- 2. с острым периодонтитом;

- 3. эпулисом;

- 4. с апикальной гранулемой

+ 5.с периапикальным абсцессом.

667. В какой области десны чаще локализуется свищ при периодонтальном абсцессе?

- 1. на уровне верхушки корня зуба;

- 2. на десневом сосочке;

+ 3. на альвеолярной части десны, ближе к основанию десневого сосочка.

- 4. На коже лица

668. При каком заболевании определяют внутрикостные периодонтальные карманы?

- 1. Острый гингивит

- 2. Хронический гиперпластический гингивит

- 3. хронический язвенный гингивит;

- 4. хронический простой периодонтит;

+ 5. хронический сложный периодонтит.

669. Побочным действием хлоргексидина является:

+ 1.чёрно-коричневая пигментация на языке и зубах;

- 2. изменение вкуса;

- 3. изменение рH ротовой жидкости;

- 4. уменьшение секреции слюны.

670. Прогноз заболевания зависит от следующих факторов:

- 1. индивидуальных особенностей пациента;

- 2. социального статуса пациента;

- 3. нозологической формы и тяжести заболевания;

+ 4. всего вышеперечисленного.

671. Выберите показания для назначения антибактериальной терапии при заболеваниях периодонта:

+ 1. периодонтальный абсцесс;

- 2. отёчная форма гиперпластического гингивита;

+ 3. быстропрогрессирующий периодонтит;

+ 4. ВИЧ - ассоциированный язвенно-некротический гингивит;

- 5. хронический простой маргинальный гингивит средней степени тяжести.

672. К антибиотикам, имеющим в структуре β-лактамное кольцо относятся:

+ 1. ампициллин;

- 2. офлоксацин;

- 3. доксициклин;

- 4. цефалексин;

- 5. рулид;

- 6. азитромицин.

673. К антибиотикам группы макролиды, азалиды относятся:

- 1. ампициллин;

- 2. офлоксацин;

- 3. доксициклин;

- 4. цефалексин;

+ 5. рулид;

+ 6. азитромицин.

674. К антибиотикам группы тетрациклины относятся:

- 1. ампициллин;

- 2. офлоксацин;

+ 3. доксициклин;

- 4. цефалексин;

- 5. рулид;

- 6. азитромицин.

675. К антибиотикам группы фторхинолоны относятся:

– 1. ампициллин;

+ 2. офлоксацин;

– 3. доксициклин;

– 4. цефалексин;

– 5. рулид;

– 6. азитромицин.

676. К группе нестероидных противовоспалительных препаратов относятся:

– 1. гидрокортизон;

– 2. преднизолон;

+ 3. индометацин;

+ 4. парацетамол;

+ 5. диклофенак.

677. Показаниями для местного применения антибиотиков в периодонтологии являются:

-1. периодонтальный абсцесс десневого происхождения;

– 2. невозможность качественной механической обработки участка;

– 3. глубокие периодонтальные карманы;

– 4. хирургические вмешательства на ограниченном участке;

+ 5. всё вышеперечисленное.

678. Общими противопоказаниями для проведения периодонтальной хирургии считаются:

+ 1. системный остеопороз;

+ 2. некомпенсированная форма сахарного диабета;

+3. заболевания крови;

+ 4. онкологическая патология.

679. К противопоказаниям для закрытого кюретажа относят:

-1. неглубокие периодонтальные карманы (не более 5 мм.);

+ 2. фиброзно-изменённая стенка кармана;

+ 3. истончение десны;

+ 4. абсцедирование.

+5. глубокие периодонтальные карманы с подвижностью зубов III стадии

680. К облигатным предракам слизистой полости рта относится:

-1. Папиллома и папилломатоз

-2. Кератоаконтома

+3. Болезнь Кейра

+4. Болезнь Педжета

-5. Старческая кератома

681. К факультативным предракам слизистой полости рта относятся:

- 1. Болезнь Боуэна

- 2. Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти

- 3. Пигментная ксеродерма

+ 4. Гиперпластическая форма ромбовидного глоссита

+ 5. Старческая кератома

682. Код диагноза по МКБ-10 локализация дна полости рта:

- 1. СОО

+ 2. СО4

- 3. С05

- 4. С06

- 5. С20

683. Причина возникновения предопухолевых состояний:

+ 1. Воздействие химических соединений

+ 2. Лекарственные средства обладающие прижигающим действием

+ 3. Электрохимическое воздействие

+ 4. Хроническая, механическая, термическая травма

+ 5. Вредные привычки (курение, алкоголь)

+ 6. Все вышеперечисленное

684. Дифференциальная диагностика болезни Боуэна проводят с:

+ 1. Красная волчанка

+ 2. Лейкоплакия

+ 3. Сифилитические папулы

+ 4. Болезнь Кейра

- 5. Ксеростомия

685. Диффыеренциальная диагностика бородавчатого (узелкового) предрака красной каймы губ проводят с:

+ 1.Кератоакантомия

+ 2. Кожный рог

+ 3. Пиогенная гранулёна

- 4. Лейкоплакия

- 5. Болезнь Кейра

686. Дифференциальную диагностику образивного преканцерозного хейлита Манганотти проводят с:

+ 1. Лейкоплакия эрозивная форма на красной кайме губ

+ 2. Эрозивная форма плоского лишая

+ 3. Эрозивная форма красной волчанки

+ 4. Терапевтическая эрозия

+ 5. Актинический хейлит

687. Болезнь Педжета характеризуется поражением:

- 1. Кожи подмышечной впадины

- 2. Только слизистой рта

- 3. Только кожа лица и шеи

- 4. Поражение соска и околососочкового кружка молочной железы

+ 5. Всё вышеперечисленное

688. Лечение эрозивно-язвенной формы лейкоплакии осуществляется:

+ 1. Устранение факторов риска

+ 2. Санация полости рта, нормализация гигиены

- 3. Применение прижигающих медикаментов

+ 4. Хирургическое иссечение

+ 5. Криодеструкция

689. Дифференциальную диагностику кератоакантомы проводят с:

+ 1. Плоскоклеточный рак

+ 2. Вульгарная бородавка

+ 3. Папиллома

+ 4. Кожный рог

- 5. Хронический сложный периодонтит

690. Эрозивно-язвенные поражения это:

- 1. гиперпластические изменения в эпителии слизистой оболочки рта

- 2. деструктивные изменения только в эпителии слизистой оболочки рта

- 3. гиперпластические и деструктивные изменения в эпителии и нижележащих тканях слизистой оболочки рта

+ 4. деструктивные изменения в эпителии и нижележащих тканях слизистой рта, объединённые по морфологическому признаку представленными элементами (афта, эрозия, язва).

691. Эрозия слизистой рта это:

- 1. повреждение слизистой рта затрагивающее все слои эпителия и распространяясь на разную глубину в подлежащие ткани

- 2. поверхностный дефект эпителия располагающийся на участке слизистой окружённой по перефирии ярко-красным ободкам и покрыты бежевым налётом

- 3. повреждение слизистой рта затрагивающее все слои эпителия и распространяющееся на минимальную глубину в подлежащие ткани

+ 4. дефект слизистой оболочки рта в пределах эпителиального слоя

- 5.гиперимия слизистой рта, без деструктивных изменений в ней.

692. Язва слизистой рта это:

+ 1. повреждение слизистой рта затрагивающее все слои эпителия и распространяясь на разную глубину в подлежащие ткани

- 2. поверхностный дефект эпителия располагающийся на участке слизистой окружённой по перефирии ярко-красным ободкам и покрыты бежевым налётом

- 3. повреждение слизистой рта затрагивающее все слои эпителия и распространяющееся на минимальную глубину в подлежащие ткани

- 4. дефект слизистой оболочки рта в пределах эпителиального слоя

- 5. гиперимия слизистой рта, без деструктивных изменений в ней.

693. Афта слизистой рта это:

- 1. повреждение слизистой рта затрагивающее все слои эпителия и распространяясь на разную глубину в подлежащие ткани

+ 2. поверхностный дефект эпителия располагающийся на участке слизистой окружённой по перефирии ярко-красным ободкам и покрыты белесоватым налётом

- 3. повреждение слизистой рта затрагивающее все слои эпителия и распространяющееся на минимальную глубину в подлежащие ткани

- 4. дефект слизистой оболочки рта в пределах эпителиального слоя

- 5. гиперимия слизистой рта, без деструктивных изменений в ней.

694. К эрозивно-язвенным поражениям слизистой оболочки рта относится:

+ 1. аллергический контактный стоматит

+ 2. красная волчанка (эрозивно-язвенная форма)

+ 3. плоский лишай (эрозивно-язвенная форма)

+ 4. травматическая эрозия, язва

+ 5. стоматит Венсана (язвенно-некратический гингивостоматит)

695. Края язвы слизистой рта при первичном сифилисе

- 1. мягкие, ровные

+ 2. ровные, валикообразные

- 3. подрытые, мягкие

- 4. ровные, уплотнены

- 5. плотные, неровные, часто изъедены.

696. Края язвы при новообразованиях на слизистой рта

+ 1. плотные, неровные, часто изъедены

- 2. мягкие, ровные

- 3. подрытые, мягкие

- 4. ровные, валикообразные

- 5. мягкие, ровные

697. Болезненность при язвенных поражениях слизистой рта присутствует при:

+ 1. рецидивирующих афтах

- 2. первичном сифилисе

- 3. туберкулёз

+ 4. гингивит Венсана

+ 5. травматическая язва

698. Для язвенно-некротического гингивостоматита (стоматит Венсана) характерно:

- 1. понижение температуры тела до 360 С

- 2. отсутствует увеличения региональных лимфатических узлов

+ 3. гнилостный запах изо рта

- 4. отсутствиекровоточивости десневого края

+ 5. резкая болезненность десневого края

699. Для туберкулёзной язвы (миллиарно-язвенный туберкулёз) характерно:

+ 1. резкая боль в полости рта, затрудняющая разговор, приём пищи

- 2. региональные лимфатические узлы слегка увеличены (безболезненные при пальпации)

+ 3. наличие эпителиоидных клеток и клеток Пирогова-Лангханса

- 4. наличие только стреатококов, стафиллококов.

700. Какими критериями определяется тяжесть хронического периодонтита:

- 1. Глубиной периодонтального кармана

- 2. Уровнем потери клинического прикрепления

- 3. Степенью резорбции костной ткани

- 4. Подвижностью зубов

+ 5. Всем вышеперечисленным