

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет имени  
первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина



**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа ординатуры

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.72

*Стоматология общей практики*

**РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА**

на заседании кафедры

Зав. Кафедрой Ташматова Д.А. \_\_\_\_\_

«29» сентября 2025 г.

Бишкек 2025

## 1. Цель и задачи программы

Программа

➤ Государственной итоговой аттестации

*Название аттестации*

реализуется в базовой части учебного плана подготовки специалиста для обучающихся по направлению подготовки (специальности)

*Базовой/Вариативной*

116/31.08.72 Врач стоматолог общей практики

*Код и наименование специальности/направления подготовки*

очной формы обучения.

*Очной/очно-заочной*

Цель:

➤ установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям государственного образовательного стандарта по специальности высшего образования подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре

Задачи:

➤ Проверка уровня сформированности компетенций, определенных государственным образовательным стандартом и образовательной программой высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации)

## 2. Перечень планируемых результатов обучения при проведении аттестации

Обучающийся, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими компетенциями:

№	Код	Содержание компетенции
1.	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
2.	УК-2	готовность к управлению коллективом, готовность толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
3.	УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения
4.	ПК 1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
5.	ПК 2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией;
6.	ПК 3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;
7.	ПК 4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости;
8.	ПК5	готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

№	Код	Содержание компетенции
9.	ПК6	готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;
10.	ПК7	лечебная деятельность: готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в стоматологической помощи;
11.	ПК8	готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;
12.	ПК 9	реабилитационная деятельность: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;
13.	ПК10	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний;
14.	ПК11	организационно-управленческая деятельность: готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
15.	ПК12	готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей;
16.	ПК13	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

### 3. Трудоемкость аттестации и виды учебной работы

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена.

Общая трудоемкость аттестации

Государственной итоговой аттестации

составляет 3 зачетных единиц 108 акад. часов

Организационная форма учебной работы	Продолжительность государственной итоговой аттестации				
	зач. ед.	акад. час.	по семестрам		
			4		
Общая трудоемкость по учебному плану	3	108			
Государственный экзамен (в неделях)	3		2		

### 4. Содержание программы государственного экзамена

Государственная итоговая аттестация отражает образовательный уровень выпускника, свидетельствующий о наличии у него способностей и готовности самостоятельно решать на современном уровне задачи профессиональной деятельности, компетентно излагать специальную информацию, научно аргументировать и защищать свою точку зрения.

Государственный экзамен проводится в форме междисциплинарного экзамена, который включает разделы нескольких дисциплин (модулей) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Содержание государственного экзамена.

№ раздела	Раздел аттестации	Название тем раздела и их содержание
1.	Профилактика стоматологических заболеваний	<p>Методы коммунальной профилактики стоматологических заболеваний</p> <p>Современные критерии эпидемиологического стоматологического обследования населения.</p> <p>Планирование программ профилактики на коммунальном уровне, методы оценки эффективности лечебно-профилактической помощи.</p> <p>Методы индивидуальной и профессиональной и профилактики стоматологических заболеваний у детей и взрослых</p> <p>Гигиена полости рта, её значение в профилактике основных стоматологических заболеваний. Современные средства индивидуальной гигиены полости рта.</p> <p>Профессиональная гигиена полости рта.</p> <p>Особенности профилактики стоматологических заболеваний в зависимости от возраста и обще соматического статуса.</p>
2.	Неотложные состояния в стоматологической практике	<p>Фармакодинамика препаратов, используемых для оказания неотложной помощи на амбулаторном стоматологическом приёме.</p> <p>Причинные факторы соматических осложнений на амбулаторном стоматологическом приёме. Технология профилактики.</p> <p>Принципы купирования неотложных состояний: гипертонического криза, приступа стенокардии, острого инфаркта миокарда, гипогликемии, гипервентиляции, судорожного припадка, клинической смерти.</p> <p>Принципы купирования неотложных состояний: обморока, коллапса, системной анафилаксии, приступа удушья (БА), асфиксии</p> <p>Терминальные состояния. Диагностика.</p> <p>Сердечно-лёгочная реанимация в амбулаторной стоматологической практике.</p> <p>Медицинские, юридические и социальные аспекты оказания неотложной помощи.</p>
3.	Обезболивание в амбулаторной стоматологической практике	<p>Виды обезболивания, используемые в амбулаторной стоматологической практике (общее, комбинированное, местное). Наркоз. Показания и противопоказания.</p> <p>Особенности оказания стоматологической помощи во время наркоза.</p> <p>Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии. Классификация, использование, показания и противопоказания к их применению.</p> <p>Современный инструментарий для местного обезболивания в стоматологии.</p> <p>Местные анестетики. Вазоконстрикторы. Показания и противопоказания.</p> <p>Побочные действия (местные и системные).</p> <p>Обоснование выбора препарата для обезболивания основных стоматологических заболеваний в амбулаторной практике.</p> <p>Местная анестезия в амбулаторной стоматологической практике.</p> <p><b>Способы обезболивания на верхней челюсти.</b> Инфильтрационная, туберальная анестезия (Внеротовой доступ по П.М. Егорову). Инфраорбитальная и резцовая анестезии.</p> <p><b>Способы обезболивания, применяемые на нижней челюсти</b> (по П.М. Егорову; по Гоу-Гейтсу; по Вазирани-Акинози;</p>

		<p>блокада подбородочного нерва и резцовой ветви по Маламеду.</p> <p>Показания и противопоказания к их применению</p> <p>Пародонтальные способы местного обезболивания в полости рта.</p> <p>Интралигаментарная, интрасептальная, внутрипульпарная и внутриканальная анестезии. Показания и противопоказания к их применению.</p> <p>Ошибки и осложнения местного обезболивания, вызванные нарушением техники его проведения. Профилактика, лечение.</p>
4.	Аномалии развития зубов и челюстно-лицевой области	<p>Классификация зубо-челюстных аномалий.</p> <p>Наследственные и врожденные пороки развития твердых тканей зубов: несовершенный амело- и дентиногенез, гипоплазия. Флюороз. Клиника, дифференциальная диагностика. Тетрациклиновые зубы, клиника, дифференциальная диагностика.</p> <p>Лечение некариозных поражений твердых тканей зубов терапевтическими и ортопедическими методами (отбеливание, пломбирование, виниры прямого и непрямого изготовления, коронки).</p> <p>Врожденные пороки развития челюстно-лицевой области (расщелина губы, неба, мелкое преддверие полости рта). Ранняя диагностика. Направление к специалистам.</p> <p>Диагностика аномалии положения зубов, зубных рядов и окклюзии зубных рядов. Методы профилактики зубочелюстных аномалий у детей (пришлифовывание временных зубов, покрытие коронками временных зубов, применение замещающих пластинок и коронок с распоркой при ранней потере временных зубов)</p>
5.	Кариес зубов и его осложнения	<p>Этиология, патогенез, клиника, диагностика и профилактика кариеса зубов. Патологическая анатомия кариеса.</p> <p>Патологические изменения твердых тканей зуба, возникшее в период его развития Особенности формирования и строения твердых тканей зуба. Проницаемость эмали. Современная международная классификация кариеса зубов. Инвазивные и неинвазивные методы герметизации фиссур.</p> <p>Профилактика и лечение кариеса. Гиперестезия дентина.</p> <p>Современные аспекты лечения кариеса зубов.</p> <p>Принципы и техника препарирования твердых тканей зуба при кариесе. Выбор режущих инструментов и тактики препарирования кариозных полостей в зависимости от класса полости по Блеку.</p> <p>Современные пломбировочные материалы (цементы, амальгамы, полимеры, композиты, компомеры, церомеры). Техника пломбирования зубов современными пломбировочными материалами. Использование современных матриц и матрицедержателей, клиньев, ретракционных нитей, коффердама при пломбировании полостей.</p> <p>Ошибки и осложнения при лечении кариеса.</p> <p>Использование компьютерных систем в реставрационной стоматологии («Сегес»).</p> <p>Обезболивание при эндодонтическом вмешательстве.</p> <p>Методы обследования при пульпите.</p> <p>Особенности лечения пульпы в зависимости от возраста пациента.</p> <p>Ошибки и осложнения при лечении пульпита.</p> <p>Анатомия корневых каналов. Особенности строения апикальной области канала корня зуба.</p> <p>Эндодонтический инструментарий: классификация, назначение инструментов, цветовое и цифровое кодирование. Основы препарирования корневых каналов. Варианты заполнения верхушечного отверстия.</p> <p>Клиника, дифференциальная диагностика и лечение пульпита.</p>

		<p>Современные препараты и методики для лечения пульпита биологическим методом.</p> <p>Хирургические методы лечения пульпита. Современные препараты для некротизации пульпы, медикаментозной обработки и заполнения корневых каналов</p> <p>Обезболивание при лечении заболеваний периодонта.</p> <p>Методы обследования при периодонтите.</p> <p>Современное представление о причине возникновения, патогенезе и патологической анатомии периодонта. Классификации и дифференциальная диагностика.</p> <p>Клиника и диагностика различных форм периодонтитов.</p> <p>Особенности лечения различных форм периодонтитов.</p> <p>Современные ротационные технологии в эндодонтии.</p> <p>Современные технологии obturации в эндодонтии. Пломбировочные материалы для заполнения корневых каналов, техника пломбирования каналов гуттаперчей.</p> <p>Ошибки и осложнения при лечении периодонтита. Профилактика хронической интоксикации и хронического сепсиса.</p>
6.	Болезни пародонта и заболевания слизистой оболочки полости рта	<p>Этиология, патогенез, строение, клиника, болезней пародонта. Классификации МКБ.</p> <p>Воспалительные заболевания пародонта (гингивит, пародонтит). Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>Пародонтоз, пародонтолиз, пародонтомы. Распространённость, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>Роль гигиены полости рта в лечении и профилактике заболеваний пародонта, контролируемая чистка зубов. Предоперационная подготовка: использование наглядных пособий, информирование пациента, проведение профессиональной гигиены полости рта, назначение антимикробных препаратов.</p> <p>Современные аспекты лечения заболеваний пародонта.</p> <p>Пародонтологический инструментарий, классификация, методики применения.</p> <p>Хирургические методы лечения заболеваний пародонта: закрытый и открытый кюретаж.</p> <p>Лоскутные операции, направленная регенерация костной ткани.</p> <p>Рецессия десны. Показания, противопоказания, ошибки и осложнения.</p> <p>Современные материалы и методы.</p> <p>Применение лазера в пародонтальной хирургии.</p> <p>Организация лечебно-профилактической помощи и диспансеризация пациентов с патологией пародонта</p> <p>Анатомо-физиологические данные о строении слизистой рта. Методы обследования, элементы поражения. Классификации заболеваний слизистой оболочки рта (Е.В.Боровского и А.Л.Машкилейсона; ММСИ; МКБ-10 С).</p> <p>Этиология, клиника, дифференциальная диагностика. Травматические поражения слизистой оболочки (механическая, химическая, физическая травма).</p> <p>Этиология, клиника, дифференциальная диагностика. Инфекционные заболевания (простой герпес, опоясывающий лишай, ячур, СПИД, кандидоз, гингивостоматит Венсана).</p> <p>Этиология, клиника, дифференциальная диагностика. Аллергические заболевания полости рта (многоформная экссудативная эритема, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, аллергия на стоматологические материалы).</p> <p>Этиология, клиника, дифференциальная диагностика. Изменения слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях и болезнях обмена: гипо- и авитаминозах, эндокринных</p>

		заболеваниях, желудочно-кишечных заболеваниях, заболеваниях нервной и кровеносной системы. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика. Аномалии и самостоятельные заболевания языка. Хейлиты, хронические трещины губ. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика. Предраковые состояния и злокачественные новообразования слизистой оболочки рта и красной каймы губ.
7.	Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области	Одонтогенные воспалительные заболевания. Периостит. Остеомиелит челюсти. Особенности клиники и диагностики. Современные методы лечения у детей и взрослых. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика. Тактика врача-стоматолога общей практики. Неотложная помощь. Болезни прорезывания зубов. Перикоронит. Осложнения. Клиника, диагностика, лечение. Особенности течения и лечения одонтогенных воспалительных процессов у детей. Воспалительные заболевания слюнных желез. Калькулезный сиаладенит. Клиника. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь.
8.	Заболевания и повреждения нервов лица и височно-нижнечелюстного сустава	Диагностика и дифференциальная диагностика заболеваний тройничного, лицевого и языкоглоточного нервов. Неотложная помощь. Неврит, невралгия тройничного нерва, глоссалгия, стомалгия. Дисфункциональные и воспалительные заболевания ВНЧС у взрослых и детей. Методы обследования. Диагностика. Заболевания ВНЧС, обусловленные ошибками протезирования. Клиника. Диагностика. Направление на специализированное лечение. Вывих височно-нижнечелюстного сустава. Клиника, диагностика. Неотложная помощь. Направление на специализированное лечение.
9.	Травма зубов и челюстно-лицевой области	Травма временных и постоянных зубов. Виды травматических повреждений зубов. Особенности лечения травмы зубов у взрослых и детей. Оказание неотложной помощи детям с травмой временных и постоянных зубов. Травма челюстей. Клиника, диагностика. Неотложная помощь. Травматические поражения мягких тканей лица и слизистой оболочки полости рта. Неотложная помощь. Направление на специализированное лечение. Профилактика воспалительных посттравматических осложнений.
10.	Новообразования челюстно-лицевой области	Новообразования челюстно-лицевой области у взрослых и детей (злокачественные, доброкачественные, опухолеподобные). Клинические особенности проявлений различных новообразований в зависимости от локализации, размеров и вида.

11.	Приобретенные дефекты и деформации зубов и зубочелюстной	<p>Физиологические основы окклюзии. Биомеханика зубочелюстной системы. Определение окклюзии. Нарушения окклюзии. Методы окклюзионной коррекции: терапевтические, ортопедические, ортодонтические, хирургические. Профилактика окклюзионных нарушений.</p> <p>Частичное отсутствие зубов. Лечение несъемными и съемными протезами с различными конструкций из современных конструкционных материалов.</p> <p>Полное отсутствие зубов. Ортопедическое лечение с использованием съемных пластиночных протезов. Профилактика непереносимости акриловых базисов пластиночных зубных протезов. Вопросы адаптации и компенсации при использовании зубных протезов.</p> <p>Нарушения окклюзии. Современные методы окклюзионной коррекции.</p>
-----	--	---

### 5. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

Перед государственным экзаменом проводится консультация обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится устно. Государственный экзамен проводится в два этапа.

1 этап – Аттестационное итоговое тестирование. Тест содержит 100 заданий в тестовой форме (всего 1200 тестовых вопросов в Приложении 1), отражающих теоретические компетентности программы обучения. Тесты представлены тремя видами заданий: несколько вариантов ответов, из которых один является верным; несколько вариантов ответов, из которых несколько являются верными; определение правильной последовательности в тесте, которая наиболее полно отвечает всем условиям задания.

2 этап – Итоговое собеседование. Оценка уровня клинической подготовленности выпускника. Для проведения используются комплект экзаменационного задания (110 билетов в каждом 4 вопроса по соответствующим стоматологическим дисциплинам в Приложении 2).

3 этап – Проверка практических манипуляций (60 манипуляций в Приложении 3) на симуляционных установках)

При формировании расписания устанавливаются перерывы между этапами государственного экзамена продолжительностью не менее 7 календарных дней.

Председатель государственной экзаменационной комиссии назначается из числа лиц, не работающих в Университете, имеющих ученую степень доктора наук (в том числе ученую степень, присвоенную за рубежом и признаваемую в Кыргызской Республике) и/или ученое звание профессора соответствующего профиля, либо представителей органов государственной власти Кыргызской Республики, органов государственной власти Кыргызской Республики и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья.

В состав государственной экзаменационной комиссии включаются не менее 5 человек из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу, и/или научных работников Университета, а также представителей органов государственной власти Кыргызской Республики, органов государственной власти Кыргызской Республики и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья, медицинских организаций, иных организаций, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья.

### 6. Формы отчетности государственной итоговой аттестации

№ п/п	Формы отчетности
1.	Протокол ответа обучающегося на государственном экзамене

## 7. Фонд оценочных средств государственной итоговой аттестации

Паспорт фонда оценочных средств государственной итоговой аттестации представлен в Приложении 1.

Фонд оценочных средств государственной итоговой аттестации.

Оценочные средства	Количество
Задания в тестовой форме	100
Контрольные вопросы и задания	125

### 7.1. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков, характеризующих этапы формирования компетенций<sup>1</sup>

#### Задания в тестовой форме

- Иммунные зоны зуба располагаются:
  - фиссуры и углубления на зубах
  - пришеечная треть видимой коронки зуба
  - жевательные поверхности зубов
  - бугры, экватор и вестибулярные поверхности зубов
  - режущий край
- Причины возникновения кариеса:
  - кариесогенная флора, углеводы, низкая резистентность эмали
  - кислотоустойчивость эмали, белки, низкая резистентность эмали
  - легкоусвояемые углеводы, высокая резистентность эмали, жиры
  - высокая резистентность эмали, углеводы, кариесогенная флора
  - углеводы, органические кислоты, высокая резистентность эмали
- Правильный подбор цвета реставрационного материала проводится:
  - при свете галогенового светильника стоматологической установки
  - при искусственном освещении в вечернее время
  - идеально высушенной поверхности зуба
  - при нейтральном дневном освещении
  - при ярком солнечном свете

#### Контрольные вопросы и задания

##### задача №1

В лечебно-профилактическое стоматологическое учреждение обратился пациент **М**, с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, неудовлетворительный внешний вид.

**Анамнез заболевания:** протезирование несъемными мостовидными протезами проводилось более 10 лет назад, тогда же был изготовлен съемный протез на нижнюю челюсть, который пациент носить не стал.

**Анамнез жизни:** пациент 52 года, военнослужащий. Длительное время служил на Камчатке, где (с его слов) неполноценно питался (недостаток витаминов). За стоматологической помощью не обращался. Страдает гипотонией.

**Аллергологический анамнез:** неотягощен.

**Общий статус:** больной нормального телосложения. А/Д 110/60 мм рт. ст., пульс 60 уд/мин.

**Внешний осмотр:** отмечается снижение высоты нижней трети лица: выраженные носогубные складки, углы рта опущены.

**Осмотр полости рта:** красная кайма губ без элементов патологии.

Слизистая оболочка полости рта: десневые сосочки и маргинальная десна в области зубов 34, 45, 11, 21 отечны и гиперемированы. В области зуба 21 пародонтальный карман 5 мм.

В полости рта имеются мостовидные протезы с опорой на зубы 13, 16; 24, 26.

0	С	К	Л	Л	К	0	R	R	0	R	К	Л	К	С	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

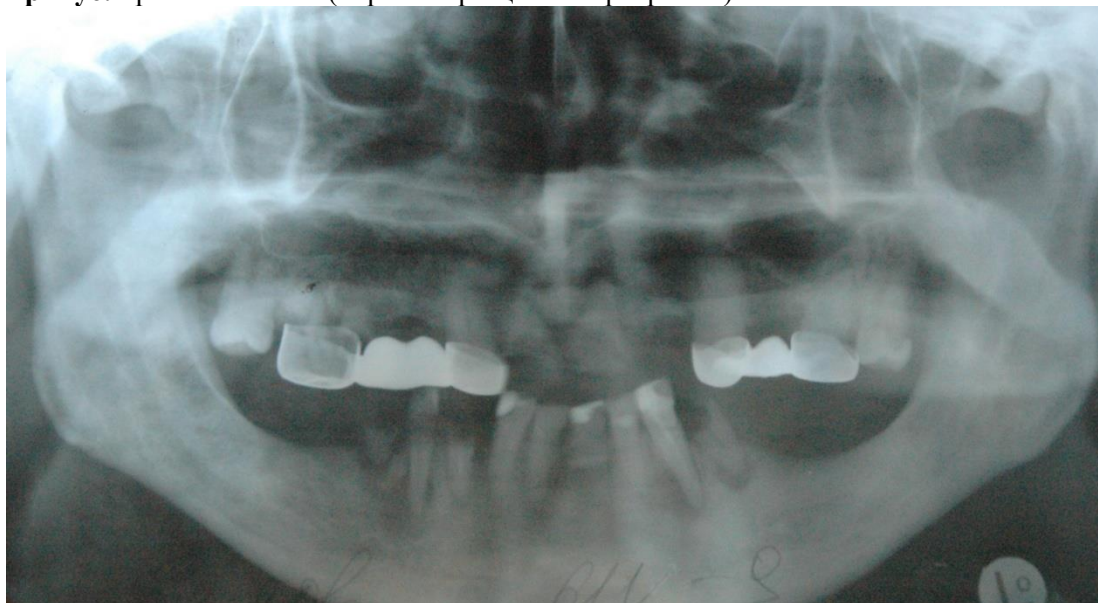
<sup>1</sup> Примеры заданий (тестовые, ситуационные задачи и пр.): не более трех. Эталоны ответов обязательно.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	0	0	R	C	R	П		П	П	П	R	0	0	0	0

Коронка мостовидного протеза на зубе 16 имеет сквозной дефект на окклюзионной поверхности.

Коронки мостовидного протеза с опорой на зубы 24 и 26 не доходят до десны на 1,5 мм.

**Прикус:** прогнатический (обратное резцовое перекрытие).



#### Задание:

1. поставьте развернутый стоматологический диагноз (по МКБ-10).
2. опишите ортопантограмму.
3. составьте развернутый план комплексного стоматологического лечения.
4. ваши рекомендации.
5. прогноз.

## 7.2. Критерии и шкала оценивания государственной итоговой аттестации

### 7.2.1. Оценивание обучающегося на государственном экзамене

Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственного аттестационного испытания.

Обучающийся, получивший на этапе государственного экзамена оценку «неудовлетворительно», к следующему этапу государственного экзамена не допускается.

Оценка	Требования к знаниям
Отлично	«Отлично» выставляется обучающемуся, показавшему полные и глубокие знания образовательной программы, способность к их систематизации и клиническому мышлению, а также способность применять приобретенные знания в стандартной и нестандартной ситуации: обучающийся исчерпывающе, логически и аргументировано излагает материал вопроса, свободно отвечает на поставленные дополнительные вопросы, делает обоснованные выводы
Хорошо	«Хорошо» выставляется обучающемуся, показавшему хорошие/серьезные знания программы дисциплины, способному применять приобретенные знания в стандартной ситуации, но не достигшему способности к их систематизации и клиническому мышлению, а также к применению их в нестандартной ситуации Обучающийся демонстрирует знание базовых положений в

Оценка	Требования к знаниям
	профессиональной области; проявляет логичность и доказательность изложения материала, но допускает отдельные неточности при использовании ключевых понятий; в ответах на дополнительные вопросы имеются незначительные ошибки
Удовлетворительно	«Удовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему слабые знания, но владеющему основными разделами программы дисциплины, необходимым минимумом знаний и способному применять их по образцу в стандартной ситуации
Неудовлетворительно	«Неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему поверхностные знания, что не позволяет ему применять приобретенные знания даже по образцу в стандартной ситуации

## 8. Учебно-методическое обеспечение, необходимое для проведения аттестации

### 8.1. Основная и дополнительная литература

№ п/п	Наименование
1.	Терапевтическая стоматология: национальное руководство / под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 888 с.
2.	Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. /под ред.: Е.А. Волкова, О.О. Янушевича. - М.: ГЭОТАР-Медиа <b>Ч. 1:</b> Болезни зубов. - 2015. - 167 с.: ил.
3.	Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. /под ред. Г.М. Барера. - М.: ГЭОТАР-Медиа <b>Ч. 2:</b> Болезни пародонта. - 2013. - 224 с.: цв.ил.
4.	Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. /под ред. Г.М. Барера. - 2-е изд., доп. и перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа <b>Ч. 3:</b> Заболевания слизистой оболочки полости рта. - 2013. - 255 с.: цв.ил.
5.	Терапевтическая стоматология. Кариеология и заболевания твердых тканей зубов. Эндодонтия: руководство к практическим занятиям : учебное пособие /Ю.М. Максимовский, А.В. Митронин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 475 с.
6.	Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: национальное руководство /под ред.: А. А. Кулакова, Т. Г. Робустовой, А. И. Неробеева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 921 с.: ил.
7.	Ортопедическая стоматология: национальное руководство /под ред. И.Ю. Лебедево, С.Д. Арутюнова, А.Н. Ряховского. – ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 824 с.
8.	Стоматология детского возраста: учебник в трех частях /В.М. Елизарова. – 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа <b>Часть 1:</b> Терапия. - 2016. - 479 с.: цв.ил.
9.	Терапевтическая стоматология: национальное руководство / под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 888 с.
10.	Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. /под ред.: Е.А. Волкова, О.О. Янушевича. - М.: ГЭОТАР-Медиа <b>Ч. 1:</b> Болезни зубов. - 2015. - 167 с.: ил.

### 8.2. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

№ п/п	Наименование ресурса	Адрес сайта
1.	Научная электронная библиотека	<a href="http://elibrary.ru/title_about.asp?id=28281">http://elibrary.ru/title_about.asp?id=28281</a>

## 9. Материально-техническая база, необходимая для проведения аттестации

При проведении

➤ Государственной итоговой аттестации

*Название аттестации*

используются следующие компоненты материально-технической базы:

- Аудиторный фонд
- Материально-технический фонд
- Библиотечный фонд

Аудиторный фонд предлагает обустроенные аудитории для проведения государственного экзамена. Они оснащены столами, стульями, досками, техническим оборудованием.

№ п/п	Перечень баз
1.	микрорайон Аламедин -1, улица Загорская 86/1

Для проведения государственной итоговой аттестации на этапе тестирования используется компьютерный класс.

Библиотечный фонд укомплектован печатными и/или электронными изданиями основной и дополнительной учебной литературы.

# Приложение 1

#
1
Стоматологическая заболеваемость населения региона оценивается при проведении
диспансеризации населения
плановой санации полости рта
эпидемиологического стоматологического обследования
профилактических осмотров
профилактических мероприятий
#
2
Распространенность кариеса зубов выражается в
абсолютных единицах
процентах
относительных единицах
коэффициентах
константах
#
3
При определении индекса гигиены полости рта используют раствор
2% метиленовой сини
1% бриллиантового зеленого
Шиллера-Писарева
3% перекиси водорода
0,06% хлоргексидина
#
4
При определении индекса Грин - Вермиллиона обследуют зубы
43,42,41,31,32,33
16,11,26,36,31,46
16,12,24,36,32,44
16,26,36,46
36,46
#
5
Родители должны начинать чистить детям зубы с возраста
1 года
2 лет
3 лет
6 лет
сразу после прорезывания первого временного зуба
#
6
Детям дошкольного возраста рекомендуется использовать зубную щетку
очень мягкую
мягкую
средней жесткости
жесткую
очень жесткую
#
7
При чистке зубов зубная щетка должна охватывать зубы
1-1,5 рядом стоящих
2-2,5 рядом стоящих

одного сегмента
половины зубного ряда
размер рабочей части не имеет значения
#
8
Обязательными компонентами всех зубных паст являются
соединение фтора
экстракты лекарственных растений
абразивные вещества
витамины
солевые добавки
#
9
В качестве активного компонента в противокариозных зубных пастах используют
фториды
пирофосфаты
экстракты лекарственных растений
хлоргексидин
бикарбонат натрия
#
10
Лаурилсульфат натрия входят в состав зубных паст как компонент
абразивный
пенообразующий
увлажняющий
ароматизирующий
противовоспалительный
#
11
Для уменьшения кровоточивости десен пациентам следует рекомендовать зубную пасту, содержащую
фторид натрия
карбонат кальция
экстракты лекарственных растений
карбамид
хлорид стронция
#
12
Суперфлоссы – это зубные нити
невоощеные
воощеные
ароматизированные
пропитанные раствором фторида
с утолщением
#
13
Пациентам с брекет - системами для наиболее эффективного очищения рекомендуется использовать
зубную щетку с равной подстрижкой щетины
электрическую зубную щетку
зубные ершики
зубочистки
жевательную резинку
#
14
При увеличении количества мягкого зубного налета в полости рта реакция слюны смещается в сторону

кислую
щелочную
нейтральную
не изменяется
вариабельно
#
15
Концентрация минеральных веществ в эмали зубов выше в области
пришеечной
фиссур и ямок
бугров и режущего края
контактных поверхностей
одинакова во всех участках зубов
#
16
Конечным продуктом метаболизма сахаров является
декстран
органическая кислота
леваны
гликаны
глюкоза
#
17
Местным фактором риска возникновения кариеса является
высокое содержание фторида в питьевой воде
неудовлетворительная гигиена полости рта
сопутствующие соматические заболевания
низкое содержание фторида в питьевой воде
использование высокоабразивных средств гигиены
#
18
Эндогенным методом фторид профилактики кариеса является
покрытие зубов фторлаком
прием таблеток фторида натрия
полоскания фторидосодержащими растворами
аппликации фторидосодержащими растворами
использование фторсодержащих зубных паст
#
19
Покрытие зубов фторлаком с целью профилактики кариеса наиболее эффективно в возрастной период
с 2 до 12 лет
с 3 до 15 лет
с 4 до 10 лет
с 6 до 12 лет
с 12 до 18 лет
#
20
Герметизацию фиссур первых постоянных моляров показано проводить в возрасте (лет)
6-8
9-12
12-14
16-18
в любое время после прорезывания зубов

#
21
Силанты – это материалы для
пломбирования кариозных полостей
пломбирования корневых каналов
герметизации фиссур
изолирующих прокладок
лечебных прокладок
#
22
Окрашивание очага деминерализации эмали раствором метиленового синего происходит вследствие
снижения рН зубного налета
повышения проницаемости эмали в зоне поражения
нарушения Са/Р соотношения эмали
разрушения поверхностного слоя эмали
колонизации бактерий на поверхности зуба
#
23
Кариес в стадии пятна дифференцируют с
пульпитом
флюорозом
средним кариесом
тетрациклиновыми зубами
патологической стираемостью твердых тканей зубов
#
24
Для реминерализующей терапии используют раствор «Ремодент» в концентрации (%)
1
3
5
10
20
#
25
Реминерализующую терапию рекомендуется проводить при
кариесе в стадии пятна
среднем кариесе
глубоком кариесе
осложненном кариесе
пародонтите
#
26
Для диагностики очаговой деминерализации эмали используется раствор
Шиллера – Писарева
йода
хлоргексидина
метиленового синего
бриллиантового зеленого
#
27
Степень поражения эмали при очаговой деминерализации можно оценить с помощью
зондирования
электроодонтодиагностики

витального окрашивания эмали
рентгенологического исследования
определения индекса Грин – Вермиллиона
#
28
Наиболее частой причиной возникновения очаговой деминерализации эмали является
наследственность
инфекционные заболевания ребенка на первом году жизни
высокое содержание фторида в питьевой воде
неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта
использование высокоабразивных средств гигиены полости рта
#
29
К некариозным поражениям, возникающим до прорезывания зубов, относятся
кислотный некроз
клиновидный дефект
флюороз
эрозия эмали
очаговая деминерализация эмали
#
30
Наиболее часто системной гипоплазией поражаются зубы
временные резцы и клыки
временные моляры и резцы
временные и постоянные
постоянные резцы, клыки и первые моляры
премоляры и постоянные моляры
#
31
Наиболее частой причиной возникновения местной гипоплазии постоянного зуба является
наследственность
заболевание матери в период беременности
заболевания ребенка на первом году жизни
хронический периодонтит временного моляра
неудовлетворительная гигиена полости рта
#
32
Длительное использование жесткой зубной щетки может привести к возникновению
гипоплазии эмали
флюороза
клиновидного дефекта твердых тканей зубов
очагов деминерализации эмали
патологической стираемости твердых тканей зубов
#
33
Основным местным фактором риска возникновения катарального гингивита является
наследственность
наличие микробного налета
вредные привычки
подвижность зубов
наличие эндокринной патологии
#
34
Основным методом профилактики катарального гингивита является

рациональная гигиена полости рта
сбалансированное питание
полоскание полости рта растворами фторида
реминерализирующая терапия
избирательное пришлифовывание зубов
#
35
Наличие пародонтального кармана является характерным признаком
катарального гингивита
язвенно – некротического гингивита
пародонтита
пародонтоза
пародонтомы
#
36
При гингивите на рентгенограмме наблюдается
равномерная атрофия альвеол
снижение высоты межальвеолярных перегородок
резорбция костной ткани с четкими контурами в области верхушек корней зубов
склеротические изменения альвеолярной кости
изменений нет
#
37
Профилактике воспалительных заболеваний пародонта в большей мере способствует
прием фторидсодержащих препаратов
проведение профессиональной гигиены
реминерализирующая терапия
уменьшение употребления углеводов
прием витаминов
#
38
С помощью индекса РМА определяют
кровоточивость десны
наличие зубного камня
степень воспаления десны
наличие зубного налета
интенсивность кариеса зубов
#
39
Для диагностики состояния тканей пародонта используют
индекс СРITN
индекс Грин – Вермиллиона
индекс РНР
витальное окрашивание эмали
перкуссию зубов
#
40
Индекс СРITN у взрослых регистрирует следующие признаки
зубной налет, зубной камень
кровоточивость десен, зубной камень
зубной камень, пародонтальный карман
кровоточивость десен, зубной камень, пародонтальный карман
зубной налет, зубной камень, пародонтальный карман

#
41
Воспаление десневого сосочка по индексу РМА соответствует коду
0
1
2
3
4
#
42
Вестибулярное прорезывание верхних постоянных клыков встречается при
укороченной уздечке верхней губы
недостатке места в зубном ряду
множественном кариесе
флюорозе
гингивите
#
43
Несмыкание фронтальных зубов у детей 2-3 лет может быть обусловлено
нарушением жевания
неправильной осанкой
сосанием соски
прорезыванием зубов
бруксизмом
#
44
Причиной диастемы является
гингивит
укороченная уздечка верхней губы
кариес в стадии пятна
гипоплазия эмали
скученность зубов
#
45
Фактором риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей является
гипоплазия эмали
флюороз
раннее удаление временных зубов
гингивит
средний кариес
#
46
Наличие трем и диастем является физиологическим признаком для детей в возрасте (лет)
3
6
12
15
Не является патологией в любом возрасте
#
47
С целью профилактики ЗЧА не рекомендуется использовать соску – пустышку детям старше
6 месяцев
1 года

2 лет
3 лет
5 лет
#
48
Смена зубов происходит в возрастной период с (лет)
3 до 6
4 до 10
6 до 12
8 до 14
7 до 15
#
49
Активным методом стоматологического просвещения является
издание научно – популярной литературы
проведение выставок средств гигиены полости рта
занятия по обучению гигиены полости рта в группе детского сада
телевизионная реклама
издание рекламных буклетов средств гигиены полости рта
#
50
К пассивным формам стоматологического просвещения относится
проведение «урока здоровья» в школе
беседа с пациентом на стоматологическом приеме
занятия по обучению гигиены полости рта в группе детского сада
лекции по профилактике стоматологических заболеваний с последующей искусией
телевизионная реклама
#
51
Гигиеническое воспитание детей дошкольного возраста должно проводиться в форме
игры
урока
беседы
лекции
рекламы
#
52
Практическим этапом стоматологического просвещения является
знание
понимание
убеждение
навык
все перечисленное
#
53
Для получения информации об уровне знаний населения о стоматологических заболеваниях проводится
осмотр полости рта
обучение правилам гигиены полости рта
анкетирование
рекламные акции средств гигиены
лекции по вопросам профилактики стоматологических заболеваний
#
54
ВОЗ рекомендует проводить национальное эпидемиологическое стоматологическое обследование один раз в

1 год
2 года
3 года
5 лет
10 лет
#
55
Калибровка специалистов, участвующих в эпид.стом. обследовании проводят в период
подготовительный
обследования.
подведения итогов
анализа результатов
планирования программы профилактики
#
56
% соотношение лиц, имеющих стоматологическое заболевание, к общему числу обследованных называется
распространенностью стоматологического заболевания
интенсивности стоматологического заболевания
стоматологической заболеваемостью населения
уровнем стоматологической помощи населению
качеством стоматологической помощи населению
#
57
Интенсивность кариеса зубов пациента выражается
суммой кариозных и пломбированных зубов у индивидуума
суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов у индивидуума
отношением суммы КПУ по поводу осложнений кариеса зубов к возрасту индивидуума
отношением суммы КПУ по поводу осложнений кариеса зубов к общему количеству зубов у индивидуума
средним показателем суммы КПУ по поводу осложнений кариеса зубов в группе индивидуумов
#
58
Интенсивность кариеса в период смены зубов оценивается с помощью индекса
КПУ (з)
КПУ(з) и кп(з)
КПУ(з)
ИГР-У
РМА
#
59
Ключевой возрастной группой для оценки состояния постоянных зубов в популяции является возраст (лет)
6
12
15
35-44
65 и старше
#
60
При проведении эпид.стом. обследования населения по методике ВОЗ используется набор инструментов
зеркало, экскаватор, пинцет
зеркало, пародонтальный зонд, пинцет
стоматологический зонд, пинцет, экскаватор
зеркало, стоматологический зонд, пародонтальный зонд
стоматологический зонд, пинцет, экскаватор

#
61
При определении индекса гигиены РНР оценивают зубной налет по
кариесогенности
интенсивности
локализации
толщине
структуре
#
62
Гигиеническое состояние полости рта у взрослых пациентов определяют с помощью индекса
КПУ
РНР
РМА
Федорова – Володкиной
кпу
#
63
К минерализованным зубным отложениям относится
пищевые остатки
пелликула
зубной камень
мягкий зубной налет
кутикула
#
64
При очищении вестибулярных поверхностей зубов движения зубной щетки совершается в направлении
вертикальном (от десны к режущему краю или жевательной поверхности)
вертикальном (от режущего края или жевательной поверхности к десне)
горизонтальном (вправо – влево, вперед – назад, параллельно десне)
головка зубной щетки совершает круговые движения против часовой стрелки
направление не имеет значения
#
65
Хранить зубную щетку в домашних условиях следует в
стакане рабочей частью вверх
стакане рабочей частью вниз
футляре
пластиковой упаковке
дезинфицирующем растворе
#
66
Время чистки зубов должно составлять не менее (минут)
1
2
3
5
10
#
67
В качестве абразивного компонента в состав зубных паст вводят
монофторфосфат натрия
хлорид натрия

диоксид кремния
пирофосфаты
лаурилсульфат натрия
#
68
Гигиенические зубные пасты содержит в своем составе
абразивные компоненты
солевые добавки
экстракты лекарственных растений
фториды
пирофосфаты
#
69
Глицерин вводят в состав зубных паст как компонент
абразивный
пенообразующий
увлажняющий
ароматизирующий
противовоспалительный
#
70
Время, в течение которого используют жевательную резинку после приема пищи, составляет (минут)
1-5
5-10
20-30
более 1 часа
неограниченно
#
71
Закладка зубной пластинки происходит в период внутриутробного развития плода на неделе
6-7
8-9
10-16
17-20
21-30
#
72
К концу первого года у здорового ребенка должно прорезаться зубов не менее
2
4
6
8
10
#
73
Ростковая зона корня на рентгенограмме определяется как очаг разрежения кости
с четкими контурами у верхушки корня с узким каналом
ограниченного по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом
с нечеткими контурами пламеобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом
с нечеткими контурами пламеобразных очертаний у верхушки корня с узким каналом
на рентгенограмме не определяется
#
74
Для снижения кариесвосприимчивости назначают внутрь

лактат или глюконат кальция
метилурацил
бактрим
лактобактрим
интерферон
#
75
Для снижения кариесвосприимчивости назначают детям внутрь
препарат «Кальцинова»
интерферон
супрастин
имудон
лактобактрим
#
76
Для снижения кариесвосприимчивости назначают детям внутрь
ацикловир
эритромицин
витафтор
имудон
супрастин
#
77
В целях профилактики кариеса у детей следует ограничить в рационе питания
кисломолочные продукты
зелень, овощи
шоколад
рыбные продукты
сыры
#
78
В целях профилактики кариеса у детей следует ограничить в рационе питания
творог
яблоко
конфеты
овощи
мясо
#
79
Клинические проявления флюороза
пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
миловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
борозды, параллельные режущему краю
#
80
Клинические формы флюороза
чашеобразная
меловидно – крапчатая
бороздчатая
«гипсовые» зубы
«рифленые» зубы

#
81
Жалобы больного при местной гипоплазии эмали
боли при перкуссии
косметический недостаток
боли от горячего раздражителя
ночные боли
подвижность зубов
#
82
Причины местной гипоплазии
болезни матери во время беременности
болезни ребенка после рождения
травматическое повреждение зачатка зуба
пульпит молочных зубов
вредные привычки матери во время беременности
#
83
Заболевания, являющиеся наследственными
флюороз
системная гипоплазия эмали
несовершенный амелогенез
«тетрациклиновые» зубы
местная гипоплазия эмали
#
84
При несовершенном амелогенезе имеются нарушения в строении:
только дентина
только эмали
эмали и дентина
пульпы
полости зуба и корневых каналов (облитерация)
#
85
Клинические признаки, характерные для дисплазии Капдепона
наличие ночных болей
стираемость твердых тканей без обнажения пульпы
«рифленные» зубы
«гипсовые» зубы
миловидные пятна, крапинки
#
86
Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе
пигментированное пятно и углубление эмали одного зуба
белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости рта
#
87
Проницаемость эмали повышается под действием
ультрафиолетового цвета
глюконата кальция

ремодента
углеводистой пищи
фторидсодержащих зубных паст
#
88
При лечении среднего кариеса временных резцов и клыков можно без прокладки применять
эвикрол
стеклоиономерные цементы
силидонт
силицин
амальгаму
#
89
Для лечения начальных форм кариеса постоянных зубов у детей применяется
раствор нитрата серебра 30%
10% раствор глюконата кальция, 1-2% раствор фторида натрия
.р-р Шиллера – Писарева
капрофер
гипохлорид натрия
#
90
Методика лечения постоянных зубов при кариесе в стадии меловидного пятна
препарирование с последующим пломбированием
апликация раствора фторида натрия
апликация раствора глюконата кальция
апликация раствора глюконата кальция и затем фторида натрия
импрегнация 30% р-ром нитрата серебра
#
91
На первом месте по частоте поражения кариесом у детей 6 лет стоят
молочные клыки
молочные резцы
молочные моляры
постоянные клыки
постоянные моляры
#
92
Форма пульпита, преимущественно выявляемая в молочных зубах у детей
острый диффузный
хронический фиброзный
хронический гангренозный
хронический гипертрофический
острый очаговый
#
93
У детей в воспалительный процесс могут вовлекаться окружающие зуб ткани при пульпите
остром диффузном
хроническом гангренозном вне стадии обострения
хроническом гипертрофическом
остром очаговом
хроническом фиброзном
#
94
Выбор метода лечения пульпита у детей зависит от

диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития, возраст ребенка
возраста ребенка, наличия сопутствующей соматической патологии
стадии развития зубов и их групповой принадлежности
диагноза
групповой принадлежности зубов
#
95
Причиной пульпита в постоянных резцах с несформированными корнями чаще является
перелом части коронки зуба
нарушение техники препарирования кариозной полости
обработка кариозной полости при глубоком кариесе 3% раствором перекиси водорода, спиртом, эфиром
нелеченный кариес
наследственная предрасположенность
#
96
При лечении молочных моляров методом девитальной ампутации во второе посещение у дошкольников
удаляют коронковую пульпу и оставляют тампон с резорцин – формалиновой смесью под времен.дентин
удаляют пульпу из коронки зуба и корневых каналов, пломбируют каналы цементом
после ампутации пульпы накладывают резорцин – формалиновую пасту, прокладку и пломбу
после ампутации пульпы оставляют пасту на основе гидроокиси кальция, прокладку и пломбу
после ампутации пульпы оставляют цинк – эвгеноловую пасту под дентинную повязку
#
97
Методом высокой ампутации проводят лечение
всех форм пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня
отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах
всех форм пульпита в несформированных постоянных молярах
хронического фиброзного пульпита в постоянных несформированных однокорневых зубах
отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных молярах
#
98
При лечении зуба методом высокой ампутации воздействуют на пульпу лекарственными вещ-вами с целью
прекращения воспалительного процесса
прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования корня
обеспечения дальнейшего формирования корня
прекращения дальнейшего формирования корня
ускорения формирования корня
#
99
Пульпит молочных моляров преимущественно лечат методом
девитальной экстирпации
девитальной ампутации
витальной ампутации
витальной экстирпации
высокой ампутации
#
100
Каналы молочных сформированных однокорневых зубов при пульпите предпочтительнее пломбировать
резорцин - формалиновой пастой
пастой из окиси цинка на масляной основе
фосфат – цементом
гуттаперчевыми штифтами
серебряными штифтами

#
101
Наиболее частой причиной пульпита в молочных зубах является
механическая травма пульпы
термическая травма пульпы
химическая травма пульпы
нелеченный кариес
ретроградное инфицирование пульпы
#
102
Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста
хронический гранулирующий периодонтит
хронический гранулематозный периодонтит
хронический фиброзный периодонтит
хронический периодонтит в стадии обострения
острый периодонтит
#
103
При хр гранулир. Рт сформированного однокорневого зуба со свищем в 1-е посещение после эндообработки:
запломбировать канал
зуб оставить открытым
наложить временную пломбу
направить на физиотерапию
оставить турунду с протеолитическими ферментами
#
104
Для дифф. диагностики острого периодонтита и обострения хронического периодонтита используют
ЭОД
окрашивание зубов раствором Шиллера – Писарева
рентгенологический метод
Пальпацию зуба
перкуссию зуба
#
105
Хронический гранулематозный периодонтит на рентгенограмме определяется в виде
разрежения костной ткани округлой формы с четкими контурами до 5 мм в диаметре
расширения периодонтальной щели на ограниченном участке
расширения периодонтальной щели на всем протяжении
разрежения костной ткани с нечеткими контурами
разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими контурами свыше 1 см в диаметре
#
106
Пародонтолиз наблюдается при
синдроме Папийона – Лефевра
функциональной перегрузке зуба
эндемическом зобе
заболевании желудочно – кишечного тракта
заболевании сердечно – сосудистой системы
#
107
Факторы, способствующие развитию локального хронического гингивита
заболевания желудочно – кишечного тракта
скученность зубов

заболевания крови
экссудативный диатез
болезни почек
#
108
Клинические признаки хронического катарального гингивита
застойная гиперемия, кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
десна увеличена в размере, деформирована
десна бледная, ретракция десна 1-3 мм,
десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах
десна бледная, обнажение шеек зубов
#
109
При легкой степени пародонтита карманы
глубиной до 6 мм
глубиной до 3 мм
ложные десневые
костные
глубиной до 1 см
#
110
Препараты для перорального введения при остром герпетическом стоматите в период высыпаний
тетрациклин
ацикловир
сульфадиметоксин
нистатин
бисептол
#
111
Для лечения острого герпетического стоматита в первые 3 дня назначают препараты
кератопластические
антисептические
противовирусные и обезболивающие
антибиотики
противогрибковые
#
112
Насильственное отторжение налета при тяжелой форме кандидоза может привести к
стабилизации состояния
более быстрому выздоровлению
развитию генерализованной формы
не вызывает изменений
летальному исходу
#
113
Травм.эрозию слизистой оболочки нижней поверхности кончика языка у детей 1-2 мес. жизни вызывает
средства гигиены полости рта новорожденных
игрушки с острыми гранями
преждевременно прорезавшиеся зубы
соски, резиновые рожки на бутылочках
кольца для прорезывания зубов
#
114
Успех лечения травматических эрозий и декубитальных язв определяет

выбор обезболивающих средств
устранение травмирующей слизистой оболочки фактора
применение дезинфицирующих средств
применение кератопластических средств
применение антибактериальных препаратов
#
115
При кандидозе на слизистой оболочке полости рта выявляется
белый творожистый налет
фиброзный налет
папулы
«пятна» Филатова – Коплика
афты
#
116
Проявления врожденного сифилиса в полости рта
папулы округлой или овальной формы
гнойные корки на губах
афты, сливающиеся эрозии
энантема
разлитая эритема
#
117
Для аппликационного обезболивания слизистой оболочки рта применяют
0,1% раствор новокаина
0,5% взвесь анестезина в глицерине
2% р-р новокаина
10% взвесь анестезина в масле
2% лидокаина
#
118
Этиология острого герпетического стоматита
грибковая
инфекционная
вирусная
инфекционно – аллергическая
аллергическая
#
119
Общее состояние при травме слизистой оболочки полости рта
головная боль, боль в суставах, мышцах
температура тела не повышена
прием пищи не нарушен
температура тела повышена, прием пищи безболезненный
общее состояние не нарушено
#
120
ОГС у детей возникает при
наличии сопутствующих заболеваний
утрате пассивного иммунитета
аллергизации организма
нарушении режима питания
заболеваниях эндокринной системы

#
121
Возраст детей, преимущественно болеющих ОГС
ясельный
дошкольный
младший школьный
старший школьный
подростковый
#
122
Для детей первых месяцев жизни характерны заболевания
ОГС
афты Беднара
ХРАС
МЭЭ
хейлиты
#
123
Возбудителями молочницы являются
фузобактерии
грибы Candida
актиномицеты
спирохеты
трихофиты
#
124
Этиология молочницы
грибковая
инфекционная
инфекционно – аллергическая
вирусная
аллергическая
#
125
Клинические проявления при молочнице
пустулы, толстые соломенно – желтые корки
эрозии округлой формы, покрытые фиброзным налетом
творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка
эрозии неправильных очертаний
пузыри
#
126
Частота обработки полости рта при молочнице
каждый час
перед едой
сразу после каждого приема пищи
только перед сном
через 1-1,5 часа после еды
#
127
Кератопластические средства при лечении ОГС целесообразно назначать в период
латентный
продромальный

катаральный
высыпания
угасания
#
128
Возбудителем дифтерии является
фузоспирохеты
гомолитический стрептококк
палочка Леффлера
вирус Коксаки
актиномицеты
#
129
Возбудителем острого герпетического стоматита является
вирус простого герпеса
микрофлора простого герпеса
вирусная мiх – инфекция
вирус Коксаки
энтеровирус
#
130
Некрозы слизистой оболочки полости рта наблюдается при системных заболеваниях
центральной нервной системы
хронических заболеваниях ЛОР – органов
крови и кроветворных органов
хронических заболеваниях желудочно – кишечного тракта
Острые заболевания ЛОР органов
#
131
При лечении ушиба однокоренного постоянного зуба необходимо
шинирование проволочно – композитной шиной на 2-4 недель
удаление травмированного зуба
разобщение прикуса в переднем отделе с помощью ортодонтического аппарата, щадящая диета
эндодонтическое лечение
ограничение жевательной нагрузки
#
132
При лечении вколоченного вывиха постоянных сформированных резцов необходимо
удаление зуба
репозиция и шинирование зуба, эндодонтическое лечение
эндолечение
только динамическое наблюдение
репозиция
#
133
При лечении полного вывиха временных зубов необходимо
витаминотерапия
рациональное протезирование при отсутствии зуба
при сохранности зуба – пломбирование канала
шинирование реплантированного зуба на 3-4 недели
реплантация
#
134
Все молочные зубы у здорового ребенка должны прорезаться к

концу первого года
концу второго года
2,5-3 годам
к 4 году
6-7 годам
#
135
Период «физиологического покоя» для корней молочных зубов длится
1 год
1,5 – 2 года
2,5-3 года
3,5-4 года
4,5-5 лет
#
136
Патологическая резорбция корней чаще наблюдается
в интактных зубах с живой пульпой
при среднем кариесе
при хроническом периодонтите
при хроническом фиброзном пульпите
при хроническом гангренозном пульпите
#
137
Физиологическая резорбция корней молочных зубов начинается
вскоре после прорезывания зубов
в среднем через 1 год после прорезывания зубов
в среднем через 2 года после прорезывания
в среднем через 3 года после прорезывания зубов
в среднем через 3 года после окончания формирования корней зубов
#
138
Группы зубов, которые чаще поражаются системной гипоплазией эмали
фронтальные
премоляры
первые моляры и фронтальные зубы
все группы зубов
резцы и вторые моляры
#
139
Основная причина системной гипоплазии эмали постоянных зубов
наследственный фактор
заболевания матери в период беременности
травма плода
заболевания ребенка на первом году жизни
множественный кариес молочных зубов
#
140
Заболевание, являющееся наследственным
системная гипоплазия
флюороз
местная гипоплазия
несовершенный дентиногенез
«тетрациклиновые» зубы

#
141
Клиническая характеристика эмали зубов при местной гипоплазии:
пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба
#
142
Лечение путем препарирования молочных зубов показано при
кариесе в стадии пятна при быстротекущем кариесе
поверхностном кариесе
среднем кариесе
кариесе в стадии пятна при медленнотекущем кариесе
любой форме кариеса
#
143
При лечении кариеса временных моляров можно без прокладки применять
амальгаму
силидонт
стеклоиономерные цементы
композитные материалы
силицин
#
144
Для лечения начальных форм кариеса молочных зубов применяют
йодиол
раствор нитрата серебра
прополис
имудон
гипохлорид натрия
#
145
Метод лечения постоянного несформированного однокорневого зуба при хр. фиброзном пульпите
девитальная ампутация
девитальная экстирпация
глубокая ампутация
витальная экстирпация
биологический метод
#
146
Окончание формирования корня после лечения пульпы методом витальной ампутации будет проходить
медленнее по сравнению со здоровым симметричным зубом
быстрее по сравнению со здоровым симметричным зубом
одновременно со здоровым симметричным зубом
формирование прекращается
происходит полная облитерация каналов
#
147
Метод лечения хр. гангренозного пульпита в несформированном однокорневом постоянном зубе
девитальная ампутация
девитальная экстирпация

глубокая ампутация
витальная экстирпация
биологический метод
#
148
Метод девитальной экстирпации показан при лечении всех форм пульпита в зубах
только в сформированных постоянных
в любых сформированных временных
в сформированных многокорневых временных
в однокорневых несформированных постоянных и сформированных временных
в однокорневых несформированных постоянных при отломе коронки с обнажением пульпы
#
149
Эффективность лечения пульпита несформированных зубов ампутационным методом контролируют
рентгенологически через 3 недели, а потом 1 раз в год
рентгенологически через 3 недели, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня
рентгенологически через 3-6 месяцев, а затем не реже 1 раз в год до завершения формирования корня
рентгенологически однократно до завершения лечения
рентгенологически однократно через 1 год после лечения
#
150
При атопическом хейлите в углах рта образуется
эрозии с гнойным отделяемым
«медовые» корки
эрозии с влажным белым налетом
лихенизация, трещины, мокнутие
творожистый налет
#
151
Врожденный сифилис в полости рта может проявляться в виде
узелков синюшного цвета, выделяющих казеозное содержимое
папул овальной или округлой формы
пузырей и эрозий с фестончатыми краями
эрозий округлой формы, покрытых фибринозным налетом
твердого шанкра
#
152
Тактика врача при неполном вывихе временного зуба со смещением
репозиция
удаление зуба
динамическое наблюдение за зубом
эндодонтическое лечение
шинирование
#
153
К проводниковым методам обезболивания на верхней челюсти относится анестезия
торусальная
мандибулярная
туберальная
у ментального отверстия
верно 1) и 4)
#
154
Для одновременного выключения нижнелуночкового и язычного нервов применяется анестезия

у ментального отверстия
мандибулярная
у большого небного отверстия
туберальная
у резцового отверстия
#
155
Для одновременного выключения нижнелуночкового, щечного и язычного нервов применяется анестезия
у большого небного отверстия
мандибулярная
туберальная
торусальная
у резцового отверстия
#
156
К проводниковым методам обезболивания на нижней челюсти относится анестезия
инфраорбитальная
торусальная
туберальная
у резцового отверстия
у большого небного отверстия
#
157
При мандибулярной анестезии выключаются нервы:
щечный
щечный и нижний луночковый
нижний луночковый и язычный
язычный и щечный
щечный, язычный и нижний луночковый
#
158
Методом местного обезболивания при удалении временных зубов верхней челюсти является анестезия
туберальная
инфраорбитальная
инфильтрационная
внутрикостная
верно 2) и 4)
#
159
Адреналин в раствор анестетика не рекомендуется добавлять при проведении анестезии детям до
трех лет
пяти лет
семи лет
восьми лет
десяти лет
#
160
Операцию на уздечке языка проводят под местной анестезией
мандибулярной
торусальной
инфильтрационной
верно 1) и 3)
верно 2) и 3)

#
161
Для удаления зубов верхней челюсти предназначены щипцы
клювовидные сходящиеся
байонетные
клювовидные несходящиеся
клювовидные, изогнутые по плоскости
верно 1) и 3)
#
162
Для удаления зубов нижней челюсти предназначены щипцы
клювовидные
байонетные
S – образно изогнутые
прямые
верно 2) и 4)
#
163
Клювовидные щипцы, щечки которых заканчиваются шипиками, предназначены для удаления
резцов
клыков
малых коренных зубов
больших коренных зубов
верно 1) и 2)
#
164
S – образно изогнутые щипцы, которые заканчиваются шипиком, предназначены для удаления
резцов
клыков
малых коренных зубов
больших коренных зубов
верно 1) и 2)
#
165
Для удаления зубов верхней челюсти предназначены щипцы
клювовидные, изогнутые по плоскости
байонетные
клювовидные, изогнутые по ребру
S – образно изогнутые со сходящимися щечками
верно 1) и 3)
#
166
Для удаления временного второго моляра нижней челюсти рекомендуются щипцы:
клювовидные сходящиеся
клювовидные несходящиеся
байонетные
Прямые
штыковидные
#
167
Кюретаж лунки при удалении временного зуба
не проводится
проводится всегда

проводится по просьбе родителей
проводится по настоянию родителей
проводится при эффективном обезболивании
#
168
К осложнению операции удаления только временного зуба (в отличие от постоянного) относится
вывих соседнего зуба
травма зачатка зуба
перелом челюсти
вывих височно – нижнечелюстного сустава
кровотечение
#
169
Абсолютным показанием к удалению временного зуба при осложненном кариесе является
сформированный корень
несформированный корень
начавшаяся резорбция корня
свищ на десне
болезнь Дауна
#
170
В выборе тактики при вколоченном вывихе временного центрального резца решающее значение имеет
возраст ребенка
поведение ребенка
желание ребенка
верно 1) и 2)
верно 2) и 3)
#
171
Фиксирующие шины при переломах у детей рекомендуется снимать не ранее чем через
одну неделю
две недели
три недели
четыре недели
шесть недель
#
172
При множественном вывихе временных зубов с переломом альвеолярного отростка используют шину
проволочную с зацепными петлями
пластмассовую назубную
пластмассовую зубнаддесневую
гладкую шину – скобу
шину Вебера
#
173
Симптом диплопии и экзофтальма наблюдается при переломах
Ле Фор II
ветвей нижней челюсти
мышечковых отростков
зубов 34,44
зубов 35,45
#
174
51 и 61 зубы у ребенка 6 лет при переломе на уровне шейки зуба рекомендуется

удалить
сохранить, проводя эндодонтическое лечение
оставить под наблюдением
сохранить, используя культевую штифтовую вкладку
сохранить, используя биологический метод лечения
#
175
Наиболее информативным методом диагностики перелома челюстей является
реография
электромиография
рентгенография
ЭОД
пальпация
#
176
источниками инфекции при остром одонтогенном периостите челюстных костей у детей 7-8 лет является
12,11,21,22 зубы
42,41,31,32 зубы
16,55,54,64,65,26 зубы
46,85,84,74,75,36 зубы
31,23,43,53 зубы
#
177
Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный
стрептококком в сочетании со стафилакокком
палочкой Коха
кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
стрептококком
верно 3) и 4)
#
178
Неотложная помощь ребенку с острым гнойным периоститом заключается в:
срочной госпитализации
иммунотерапии
хирургической помощи
противовоспалительной терапии
верно 2) и 4)
#
179
Удаление временного причинного зуба при цитотомии по поводу ненагноившейся кисты проводится
за 2-3 дня до операции
одновременно с основной операцией
через 2-3 дня после операции
через 2 недели после операции
через 4 недели после операции
#
180
Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в
антибактериальной терапии
хирургической терапии в полном объеме
десенсибилизирующей терапии
противовоспалительной терапии
верно 1) и 4)

#
181
источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах ЧЛЮ у детей 10-14 лет являются зубы
15,14,24,25
45,44,34,35
16,26
46,36
13,23,33,43
#
182
источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются
зубы 16,55,54,64,65,26
зубы 46,85,84,74,75,36
ОРВИ
ЛОР – органы
детские инфекционные заболевания
#
183
При остром остеомиелите причинный постоянный многокорневой зуб у детей удаляется
по показаниям
всегда
никогда
по настоянию родителей
верно 1) и 4)
#
184
Воспалительная корневая киста, отгесняющая дно верхнечелюстной пазухи, на R-грамме представляет очаг
просветления с четким контуром
затемнения с четким контуром
просветления с нечетким контуром
затемнения с нечетким контуром
диффузной резорбции кости
#
185
Зачаток постоянного зуба, расположенный в полости кисты, при цистотомии
всегда удаляется
всегда сохраняется
очень редко (при наличии показаний) удаляется
никогда не удаляется
удаляется по настоянию родителей
#
186
При вторичном деформирующем остеоартрозе ВНЧС с обеих сторон ребенка пяти лет показана
остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
механотерапия
працевидная повязка
физиотерапия
#
187
Суставная щель на рентгенограмме при хроническом артрите височно - нижнечелюстного сустава
расширена равномерно
расширена неравномерно

сужена равномерно
сужена неравномерно
не изменена
#
188
Смещение нижней челюсти вправо при открывании рта является клиническим признаком
привычного вывиха височно – нижнечелюстного сустава справа
привычного вывиха височно – нижнечелюстного сустава слева
костного анкилоза височно – нижнечелюстного сустава
слевакостного анкилоза височно – нижнечелюстного сустава справа
верно 3) и 4)
#
189
Симптом «хруста» в момент открывания рта имеет место при
вторичном деформирующем остеоартрозе височно – нижнечелюстного сустава
привычном вывихе суставной головки
хроническом артрите
анкилозе височно – нижнечелюстного сустава
остром артрите
#
190
Юношеская дисфункция височно – нижнечелюстного сустава наблюдается чаще у
мальчиков 5-7 лет
девочек 11-13 лет
мальчиков 8-9 лет
девочек 8-9 лет
верно 1) и 4)
#
191
Для снятия боли при болевом синдроме дисфункции ВНЧС детям и подросткам назначают
флюктуоризацию
амплипульстерапию
магнитотерапию
электрофорез анестетиков
верно 1) – 4)
#
192
Среди ретенционных кист слюнных желез у детей преобладают кисты
околоушных слюнных желез
подъязычных слюнных желез
поднижнечелюстных слюнных желез
малых слюнных желез
верно 1) и 2)
#
193
Ретенционные кисты малых слюнных желез наиболее часто локализуются в области
щек
верхней губы
нижней губы
кончика языка
нижней поверхности языка
#
194
Термином «ранула» обозначались ретенционные кисты в области

дна рта
щек
верхней губы
нижней губы
кончика языка
#
195
Опухоли у детей наиболее часто локализуются в области желез
подъязычных
поднижнечелюстных
околоушных
малых слизистой оболочки полости рта
верно 1) и 2)
#
196
Орхит как осложнение наблюдается у мальчиков при
хроническом рецидивирующем паротите
остром эпидемическом паротите
калькулезном сиалоадените поднижнечелюстных слюнных желез
паротите новорожденных
верно 1) и 3)
#
197
Наличие на слизистой пузырьковых высыпаний с серозным содержимым является признаком
лимфангиомы
одонтомы
ретенционной кисты
папилломы
фибромы
#
198
Клиническими признаками, сходными и обострением хронического остеомиелита, характеризуется
саркома Юинга
остеогенная саркома
Фибриозная диспансия
херувизм
синдром Олбрайта
#
199
Истинной доброкачественной опухолью является
эозинофильная гранулема
остеома
херувизм
фолликулярная киста
синдром Олбрайта
#
200
Заключительный диагноз при подозрении на опухоль ставится на основании
морфологического исследования послеоперационного материала
пункционной биопсии
макроскопии послеоперационного материала
эхография
компьютерной томографии

#
201
Особенностью большинства новообразований у детей является их
медленный рост
дизонтогенетическое происхождение
высокая чувствительность к R – терапии
высокая чувствительность к химиотерапии
верно 3) и 4)
#
202
Истинной доброкачественной опухолью является:
эозинофильная гранулема
гигантоклеточный эпулис
травматическая костная киста
фиброзная дисплазия
ангиодисплазия
#
203
К одонтогенным опухолям относится
миксома челюсти
эозинофильная гранулема
амелобластома
саркома Юинга
хондрома
#
204
К гистиоцитозу X относится
нейрофиброматоз
эозинофильная гранулема
амелобластома
меланотическая нейроэктодермальная опухоль младенцев
миксома челюстных костей
#
205
Медико-генетическое консультирование рекомендуется родственникам больного и больному с диагнозом
вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава
неполная расщелина мягкого неба
остеома верхней челюсти
ретенционная киста подъязычной слюнной железы
острый одонтогенный периостит нижней челюсти
#
206
При врожденной расщелине верхней губы корригирующие операции на крыльях и кончике носа
рекомендуется проводить в возрасте 2-3 лет
рекомендуется проводить в возрасте 5-6 лет
рекомендуется проводить в возрасте 15-16 лет
рекомендуется проводить в возрасте старше 16 лет
рекомендуется проводить в возрасте до 10 лет
#
207
Иссечение уздечки верхней губы по ортодонтическим показаниям целесообразно проводить в возрасте
3-4 года
4-5 лет

5-6 лет
6-7 лет
7-8 лет
#
208
Врожденная расщелина верхней губы формируется в период развития эмбриона человека на
3-6 неделе
11-12 неделе
13-14 неделе
16-18 неделе
во второй половине эмбриогенеза
#
209
При изолированной врожденной расщелине мягкого неба срок хирургического лечения в возрасте
2-3 месяцев
4-6 месяцев
до 1 года
1-2 лет
5-6 лет
#
210
Следствием высокого прикрепления уздечки нижней губы может явиться:
уплощение фронтального отдела верхней челюсти
локальный пародонтит
дефект речи
диастема
верно 1) и 4)
#
211
Показанием к удалению сверхкомплектного ретенированного зуба является
его обнаружение
его сформированный корень
ретенция или дистопия комплектных зубов
тортоаномалия центральных зубов
верно 1) и 2)
#
212
При иссечении уздечки верхней губы показанием к компактостеотомии является
гипертрофия межзубного сосочка
диастема
прикрепление уздечки верхней губы к вершине альвеолярного отростка
первичная адентия зубов 12,22
верно 1) и 4)
#
213
Независимо от вида врожденной расщелины мягкого и твердого неба обязательным является нарушение
приема пищи
функции речи
сосания
мочеиспускания
верно 1) и 3)
#
214
У детей в возрасте 9-10 лет наиболее частым показанием к операции на уздечке языка является

затрудненный прием пищи
глоссоптоз
недоразвитие фронтального отдела нижней челюсти
нарушение речи
верно 1) и 2)
#
215
Методом лечения врожденного срединного свища шеи является
лучевая терапия
криодеструкция
хирургический
комплексное – хирургическое с криодеструкцией
верно 1) и 3)
#
216
Противопоказанием к проведению операции в поликлинике под наркозом является
заболевание ЦНС
острая респираторно – вирусная инфекция
болезнь Дауна
спазмофилия
верно 3) и 4)
#
217
Абсолютным противопоказанием к удалению зуба в условиях поликлиники является
5
аллергия к местному анестетику
хронический пиелонефрит
ОРВИ
болезнь Дауна
врожденный порок сердца в стадии декомпенсации
#
218
Для детей в возрасте четырех – пяти лет наиболее характерен вид травмы:
перелом зуба на уровне коронки
перелом коронки зуба
вывих зуба
перелом челюсти
вывих височно-нижнечелюстного сустава
#
219
При полном вывихе центрального постоянного резца у ребенка 10 лет рекомендуется
устранение дефекта имплантом
устранение дефекта съемным протезом
реплантация зуба без предварительного его пломбирования
реплантация зуба с предварительной его трепанацией, депульпированием и пломбированием
верно 1) и 2)
#
220
Источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах ЧЛЮ у детей 6-7 лет являются зубы
42,41,31,32
12,11,21,22
55,54,64,65
85,84,74,75
61,26,36,46

#
221
При воспалительных корневых кистах от временных зубов на нижней челюсти проводится операция
цистэктомия
цистотомия
цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба
периостотомия
верно 1) и 4)
#
222
При воспалительных корневых кистах от временных зубов на нижней челюсти проводится операция
цистэктомия
цистотомия с сохранением зачатка постоянного зуба
цистотомия с удалением зачатка постоянного зуба
цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба
Периостотомия
#
223
Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в
хирургической помощи
антибактериальной терапии
противовоспалительной терапии
дезинтоксикационной терапии
гипосенсибилизирующей терапии
#
224
Симптом «щелчка» при открывании рта характерен для
вторичного деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава
привычного вывиха суставной головки
хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава
острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
анкилоза височно-нижнечелюстного сустава
#
225
Противопоказанием для микроволновой терапии височно-нижнечелюстного сустава у детей является
хронический артрит ВНЧС
артроз ВНЧС
выраженный отек, заболевания глаз
болевого синдром
острый артрит
#
226
Неинвазивным методом диагностики ретенционных кист больших слюнных желез у детей является
гистологическое исследование
контрастная рентгенография
эхография
пункция
томография
#
227
Ведущим методом лечения новообразований у детей является
лучевая терапия
химиотерапия

хирургический
комбинированный
гормонотерапия
#
228
Макродентия, увеличенная ушная раковина, пигментные пятна на коже туловища характерны для
гемангиомы
нейрофиброматоза
лимфангиомы
херувизма
верно 1) и 3)
#
229
При врожденной расщелине верхней губы хирургическое лечение рекомендуется проводить в возрасте
2-4 дня
11-12 дней
1-2 месяца
4-6 месяца
1-2 года
#
230
Ортодонтия – это
дисциплина, занимающаяся диагностикой, профилактикой и лечением ЗЧА
наука, изучающая этиологию и патогенез аномалий челюстных костей
наука, занимающаяся лечением зубочелюстных аномалий
это раздел ортопедической стоматологии, изучающий аномалии зубов
часть ортопедической стоматологии, занимающаяся лечением аномалий прикуса
#
231
Скученность зубов возникает при
позднем формировании корней зубов
вторичной адентии
наличии сверхкомплектных зубов
раннем удалении постоянных зубов
позднем формировании коронок зубов
#
232
При методике С.Е. Гельмана разжевывают 50 г миндаля в течение
15 мин.
5 сек.
50 сек.
5 сек.
10 мин.
#
233
Изображение всей челюсти и зубного ряда получится при
ортопантомографии
внутриротовой методе
прицельной рентгенографии
томографии ВНЧС
рентгенографии ВНЧС
#
234
Для съемных аппаратов применяют

кламмеры зубодесневые, пелоты, капшы
коронки
мостовидные и консольные протезы
пращевидные повязки
имплантаты
#
235
Мастикоциография относится к методу
основному клиническому
вспомогательному лабораторному
функциональному
статическому
Рентгенологическому
#
236
Мышцы, опускающие нижнюю челюсть
подбородочно-подъязычная, двубрюшная, челюстно-подъязычная
двубрюшная; мышца, опускающая угол рта
височная, медиальная крыловидная
медиальная и латеральная крыловидные, малая ягодичная
двубрюшная, височная, лестничная
#
237
Аппараты, расширяющие верхнюю челюсть
защитная небная пластинка
гладкая шина Тигерштедта
расширяющий аппарат Левковича, съемная расширяющая пластинка с пружинами
аппарат Сидоровича
аппарат Петровича
#
238
Аппараты, применяющиеся для расширения зубной дуги
Сидоровича
Ильина
каппа Бынина
защитная небная пластинка
расширяющий несъемный аппарат Дерихсвайлера, расширяющий аппарат Айнсворта
#
239
Первый класс по Энглу – это прикус
нейтральный
сменный
дистальный
постоянный
прямой
#
240
Второй класс по Энглу – это прикус
нейтральный
дистальный
сменный
постоянный
прямой

#
241
Третий класс по Энгля – это прикус:
нейтральный
сменный
мезиальный
постоянный
прямой
#
242
Физиологические виды прикусов
ортогнатия, бипрогнатия, прямой, физиологическая прогения, опистогнатия
глубокий, открытый
глубокий перекрестный
перекрестный, прогнатия
прогения, прогнатия
#
243
Патологические виды прикусов
физиологическая прогения, опистогнатия
ортогнатия, бипрогнатия
прогнатия, прогения, глубокий, открытый, перекрестный
ортогнатия, прямой
физиологическая прогения, прямой
#
244
Транспозицией зубов является
отсутствие зубов
задержка прорезывания зубов
поворот зуба по оси
перемена мест зубов
нарушение форм зубов
#
245
Ретенцией зубов является
отсутствие зубов
наличие сверхкомплектного зуба
поворот зуба по оси
задержка прорезывания зубов
нарушение формы зубов
#
246
Дистопией зубов является
отсутствие зубов
расположение зубов вне зубной дуги
наличие сверхкомплектного зуба
нарушение формы зубов
поворот зуба по оси
#
247
Тортоаномалией называется
поворот зуба вокруг оси
тесное расположение зубов

низкое расположение зубов
высокое расположение зубов
отсутствие зубов
#
248
Макродентией называется:
уменьшение размера зубов
отсутствие зубов
увеличение размера зубов
тесное расположение зубов
наличие сверхкомплектного зуба
#
249
Микродентией называется
уменьшение размера зубов
отсутствие зубов
высокое расположение зубов
нарушение цвета зубов
неправильное положение зубов
#
250
Первичной адентией называется
преждевременное удаление молочных зубов
наличие сверхкомплектного зуба
увеличение количества зубов
отсутствие зачатка (фоликула)
уменьшение формы зубов
#
251
При врожденной форме сифилиса бывают зубы
"Гетчинсона", "Турнера".
"Эйнштейна"
Попова - Годона
эндокринные
"Гольмана"
#
252
Подбородочная и пращевидная повязка при ортодонтическом лечении служит
для фиксации в ЦО
для оказания давления на н/ч, для задержки роста н/ч и установления ее в правильном положении
для поддержки нижней челюсти
для смещения нижней челюсти назад при открывании рта
для смещения нижней челюсти назад при закрывании рта
#
253
Ортодонтическая каппа применяется
для фиксации верхней и нижней челюсти в прикусе
для фиксации нижней челюсти в неподвижном состоянии
в качестве функционально-направляющего аппарата, в качестве фиксирующего приспособления
при низком расположении зубов
при высоком расположении зубов
#
254
Обтуратор применяется в качестве

аппарата для расширения верхней челюсти
аппарата для задержки роста нижней челюсти
ортодонтической пластинки, замещающей дефект твердого и мягкого неба
аппарата, замещающего дефект зубного ряда
пластинки для устранения влияния вредных привычек
#
255
Ортодонтические аппараты по принципу действия бывают
механически-действующие, функционально-действующие и сочетанные
функционально-направляющие
активно-направляющие
опорно-фиксирующие
функционально-сочетанные
#
256
Ортодонтические аппараты по способу и месту действия бывают
одночелюстные, двучелюстные, межчелюстного действия, сочетающие
небные, язычные
внеротовые, головные
внутриротовые, назубные
внеротовые, небные
#
257
Ортодонтические аппараты по месту расположения бывают
головные, шейные
оральные, подчелюстные
вестибулярные, назубные
небные, язычные
внутриротовые, сочетанные, внеротовые, челюстные
#
258
Ортодонтические аппараты по виду конструкции бывают
пластиночные, дуговые, блоковые, каркасные
пластмассовые, металлические
лечебные, профилактические
активнодействующие, пассивнодействующие
съёмные, лечебные
#
259
Диаметр проволоки, используемой для вестибулярных дуг
0,6 мм
0,5 мм
0,6-0,8 см
1,0 см
1,5 мм
#
260
Диаметр проволоки, используемой для фиксации съёмных ортодонтических аппаратов
0,5 см
0,5 мм
1,5 мм
3,0 мм
0,6-0,8 см

#
261
При изготовлении кламмеров Адамса используется проволока диаметром
0,6-0,5 мм
0,5-0,8 мм
0,1-0,3 мм
0,8-1,0 см
0,6 см
#
262
Основные элементы аппарата механического действия
винты, пружины, активаторы, резиновые тяги, дуга
базис, кламмеры
наклонная плоскость
обтурирующая часть, кламмеры
клатмеры, аттачмены, пелоты
#
263
Сосание верхней губы приводит к
нарушению функции жевания, вестибулярному отклонению нижних фронтальных зубов.
сужению верхней челюсти
небному отклонению верхних клыков
нарушению функции речи
расширению челюстей
#
264
Мастикоциография относится к методу
статическому
вспомогательному лабораторному
графическому
основному клиническому
динамическому
#
265
Стомальгин относится к группе оттискных материалов
Эластических
термопластических
кристаллизующихся
полимеризующихся
всех видов
#
266
Стенс относится к оттискным материалам
кристаллизующимся
термопластическим
эластическим
всем видам материалов
быстротвердеющим
#
267
Гипс относится к материалам
термопластическим
эластическим

кристаллизующимся
всем видам материалов
быстротвердеющим
#
268
Применение аппарата Бега
универсальный аппарат
для перемещения нижней челюсти вперед
исправления небного положения верхних резцов
для наклона передних зубов в небную сторону
для расширения зубного ряда
#
269
Ретенцией называется
преждевременное прорезывание зубов
перемена зубов местами
промежуток между зубами
длительная задержка прорезывания зубов
поворот зуба вокруг оси
#
270
Аппарат Брюкля применяется для лечения аномалии прикуса:
Прогении
Открытого
Прогнатии
Глубокого
Перекрестного
#
271
Прогнатией называется
чрезмерное развитие челюстей
чрезмерное развитие верхней челюсти
недоразвитие верхней челюсти
недоразвитие нижней челюсти
чрезмерное развитие обеих челюстей
#
272
Основные причины прогении
гиперфункция гипофиза
макроглоссия
все перечисленные
патологическое состояние глотки
сосание верхней губы
#
273
Причины образования открытого прикуса
заболевание ЖКТ
нарушение роста анатомических отделов верхней челюсти
заболевание ЦНС
кариес зубов
заболевания слизистой оболочки полости рта
#
274
Лечение аномалий приводящих к глубокому прикусу следует начинать

как можно раньше
при достижении половозрелого возраста
при формировании молочного прикуса
только после смены молочных зубов на постоянные зубы
подвергнуть саморегуляции
#
275
Перекрестный прикус гнатической формы - это
заболевание височно-нижнечелюстного сустава
аномалии альвеолярных отростков
деформация челюстей
аномалия прорезывания зубов
рахит
#
276
Латерогнатический прикус - это
латерально смещена зубная дуга нижней челюсти
сужение зубной дуги верхней челюсти
сужение зубной дуги нижней челюсти
латерально смещена зубная дуга верхней челюсти
выступление верхней челюсти по отношению к нижней челюсти
#
277
Этиологические факторы возникновения открытого прикуса
нарушение кальциевого обмена, авитаминоз
стирание бугров моляров
заболевание ВНЧС
макроглоссия
гиперфункция гипофиза
#
278
Гиперодонтией называется
увеличение размеров зубов
уменьшение размеров зубов
уменьшение количества зубов
сверхкомплектные зубы
увеличение размеров зубов и уменьшение их количества
#
279
Наличие сверхкомплектного зуба обозначается термином
ретенция
тортоаномалия
гиперодонтия
транспозиция
дистопия
#
280
К объективным методам обследования относится
Опрос
Жалобы
зондирование, перкуссия, пальпация, осмотр
анамнез болезни
анамнез жизни

#
281
Скученность зубов возникает при
позднем формировании корней зубов
вторичной адентии
наличии сверхкомплектных зубов
раннем удалении постоянных зубов
позднем формировании коронок зубов
#
282
Диастемой называется
щель между центральными зубами
щели между зубами верхней челюсти
щели между зубами нижней челюсти
щели между резцами
щели между боковыми резцами
#
283
Мышцы, поднимающие нижнюю челюсть
язычно-подъязычная, мышца, поднимающая угол рта
височная, медиальная крыловидная, латеральная крыловидная, собственно жевательная.
височная, двубрюшная малая
медиальная и латеральная крыловидные, большая грудная
двубрюшная, височная, лестничная
#
284
Мионометрия – это
измерения с целью определения размера челюстей
измерение диагностических моделей челюстей
запись тонуса мышц, чаще жевательных
определение тонуса мышц головы
определение тонуса мышц шеи
#
285
Дисфункцией ВНЧС является
артрит ВНЧС
артроз ВНЧС
анкилоз ВНЧС
ограничение открывания рта
нарушение функции ВНЧС
#
286
Миографией называется
запись сократительной способности мышц, чаще собственно жевательных,
височных
определение сократительной способности гладких мышц
исследование сократительной способности мимических мышц
запись сокращения мышц спины
#
287
Повышенная стираемость зубов встречается при
раннем прорезывании постоянных зубов
флюорозе

гипоплазии
позднем выпадении молочных зубов
аномалии прикуса, бруксизме
#
288
Зубная дуга нижней челюсти имеет форму:
Изогнутую
Полуэллипса
Полуоси
Полуовала
Параболы
#
289
Зубная дуга верхней челюсти имеет форму
Дуги
Гиперболы
Полуоси
Изогнутую
Полуэллипса
#
290
Быстродействующие пластмассы, применяемые в ортодонтической практике
протакрил, этакрил
Фторакс
протакрил, редонт
Эладент
боксил, норакрил
#
291
Миотерапией называется:
тренировка мышц, которая способствует нормализации функции синергистов и антогонистов
тренировка всех мышц лица и туловища
лечебная гимнастика всего организма
тренировка мышц верхней челюсти
тренировка мышц нижней челюсти
#
292
Синдромом Робена является
симметричное и пропорциональное недоразвитие нижней челюсти
недоразвитие продольной половины нижней челюсти
симметричное и пропорциональное недоразвитие обеих челюстей
недоразвитие поперечных размеров половины нижней челюсти
симметричное недоразвитие верхней челюсти
#
293
Привычка сосания нижней губы приводит к
прогения
открытому прикусу
прогнатии
глубокому прикусу
перекрестному прикусу
#
294
Глубокий прикус – это

когда между фронтальными зубами образуется значительное расстояние
выступление нижней челюсти вперед по отношению к верхней челюсти
когда фронтальные зубы в/ч почти полностью перекрывают одноименные антагонисты н/ч
сращение нескольких коронок зубов
верно 1), 2)
#
295
Для перемещения зубов в сагитальном и трансверсальном направлениях и устранения диастем используется
двойная дуга Диюсона
аппарат Бегга
аппарат Энгля
капповый съемный аппарат
подбородочная праща
#
296
Перекрестный прикус суставной формы
деформация челюстей
аномалии альвеолярного отростка
заболевание височно-нижнечелюстного сустава
аномалии зубов, зубных рядов
аномалии прорезывания зубов
#
297
Нарушение прикуса в трансверсальном направлении
Открытый
Глубокий
Перекрестный
Прогения
Прогнатия
#
298
К трансверсальным аномалиям прикуса относится
удлинение и укорочение зубной дуги
изменение уровня окклюзионной поверхности зубов
сужение и расширение зубной дуги
нарушение смыкания нижнего зубного ряда
верно 1), 2)
#
299
Компактостеотомия рекомендуется
после окончания активного роста челюстей
в начале активного роста челюстей
во время активного роста челюстей
независимо от возраста
при всех аномалиях прикуса
#
300
Конструкции профилактических протезов у детей 5-6 лет:
вкладки
мостовидный
консольный
съемный пластиночный
бюгельный



#
1
Прикус – это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии
центральной
боковой левой
передней
дистальной
боковой правой
#
2
Окклюзия – это
всевозможные смыкания зубных рядов верхней и нижней челюстей
положение нижней челюсти относительно верхней в состоянии относительного физиологического покоя
всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней
соотношение беззубых челюстей
вид прикуса
#
3
Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки несъемного мостовидного протеза проводится при окклюзиях
сагитальных
центральной и сагитальных
сагитальных и боковых
боковых, сагитальных и центральной
центральной
#
4
Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели
установление в окклюдатор
установление в артикулятор
с восковыми базами и окклюзионными валиками
с восковыми базами и искусственными зубами
с восковыми базами, установленные в окклюдатор
#
5
Коэффициенты выносливости пародонта зубов, предложенные В.Ю. Курляндским, получены на основании данных исследований
гнатодинамометрии
анатомических особенностей строения зубов
подвижности зубов

жевательных проб
абсолютной силы жевательных мышц
#
6
К аппаратам, воспроизводящим движения нижней челюсти относятся
артикулятор
функциограф
гнатодинамометр
параллелометр
эстеziометр
#
7
Жевательная проба И.С. Рубинова показывает
степень измельчения 5г ореха после 50 жевательных движений
время, необходимое для совершения 50 жевательных движений
степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек
степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса
наличие или отсутствие глотательного рефлекса после 50 жевательных движений
#
8
Наиболее достоверным методом определения высоты нижнего отдела лица является
анатомический
анатомио-физиологический
антропометрический
физиологический
фотографический
#
9
При отломе коронковой части на уровне десны зуб восстанавливают
полукоронкой
экваторной коронкой
штифтовой конструкцией
съёмным протезом
вкладкой
#
10
Для припасовки штампованной коронки в клинике врач получает коронку на
гипсовой модели
гипсовом столбике

металлическом штампе
без штампа
гипсовом штампе в разборной модели
#
11
При штамповке коронки необходимо изготовить штампы
один из гипса и один из легкоплавкого металла
один из гипса и не менее двух из легкоплавкого металла
два из гипса и один из легкоплавкого металла
два из гипса и не менее двух из легкоплавкого металла
один из гипса в разборной модели
#
12
При препарировании зуба под фарфоровую коронку уступ располагается
по всему периметру шейки зуба
на вестибулярной поверхности
с оральной и аппроксимальных сторон
на аппроксимальных поверхностях
с оральной стороны
#
13
Заключительным лабораторным этапом изготовления металлопластмассовой коронки является
полировка
глазурирование
припасовка на модели
заключительный обжиг
окончательная корректировка формы
#
14
Основные параметры функциональной ценности зуба
воспаление десны и цвет зуба
цвет и размер зуба
атрофия кости и подвижность зуба
подвижность зуба и зубные отложения
зубные отложения и воспаление десны
#
15
Край штампованной коронки погружается в зубодесневой желобок на (в мм)
0,2-0,3
0,5-1,0

1,0-1,5
1,5-2,0
2,0-2,5
#
16
При изготовлении одиночной коронки слепок снимают с:
челюсти, на которой будет припасована коронка
препарированного зуба и с противоположной челюсти
фрагмента челюсти с препарированным зубом
препарированного зуба
обеих челюстей
#
17
При препарировании зуба для изготовления штампованной коронки с боковых поверхностей сошлифовывают ткани:
на толщину материала
соответственно периметру шейки зуба
только экватор
контактный пункт
соответственно вершине межзубного десневого сосочка
#
18
При препарировании зуба под штампованную коронку уступ формируется:
супрагингивально
на уровне края десны
субгингивально на вестибулярной поверхности
субгингивально по всему периметру шейки зуба
не формируется
#
19
При изготовлении литых коронок разборную модель изготавливают для
точности литья коронки
удобства моделировки и припасовки коронки
предотвращения усадки металла
дублирования модели из огнеупорного материала
литья коронки на гипсовом штампе
#
20
Создание чрезмерной конусности культи зуба при препарировании под металлокерамическую коронку обуславливает
травму пародонта

ослабление фиксации протеза
затрудненное наложение протеза
эстетический дефект в области шейки зуба
снижение жевательной эффективности
#
21
Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее (в мм)
0,1-0,2
0,3-0,4
0,5-0,6
0,7-0,8
0,8-0,9
#
22
Штифтовой зуб с вкладкой (по автору)
Логана
Ричмонда
Ахметова
Дэвиса
Ильиной-Маркосян
#
23
Противопоказанием к изготовлению штампованной коронки является
подвижность зуба первой степени
разрушение коронки зуба
подвижность зуба третьей степени
наклон зуба
шинирование зубов
#
24
Нарушение режима полимеризации при изготовлении пластмассовой коронки может вызвать:
улучшение фиксации коронки
увеличение размера коронки
образование газовой пористости и снижение прочности пластмассы
уменьшение размера коронки
образование гранулярной пористости
#
25
При препарировании зуба под фарфоровую коронку создают

циркулярный уступ под углом $135^{\circ}$
циркулярный уступ под углом $90^{\circ}$
уступ-скос под углом $135^{\circ}$ только с вестибулярной стороны
уступ-скос под углом $90^{\circ}$ только с вестибулярной стороны
символ уступа с вестибулярной и апроксимальных сторон
#
26
Штифтовой зуб по Ричмонду – это конструкция
с вкладкой
фабричного изготовления
с наружным кольцом
с надкорневой защиткой
с надконеваемой культевой вкладкой
#
27
При изготовлении штифтовой конструкции оптимальная длина штифта относительно длины корня составляет
$1/3$
$1/2$
$2/3$
всю длину корня
длина штифта не имеет значения
#
28
Препарирование зубов под литые коронки производят
металлическими фрезами
алмазными головками
карборундовыми фрезами
карборундовыми дисками
вулканитовыми дисками
#
29
Для припасовки цельнолитой коронки в клинике врач получает из лаборатории коронку на
гипсовой модели
гипсовом столбике
металлическом штампе
без штампа
разборной гипсовой модели
#
30
При изготовлении цельнолитой коронки рабочий оттиск получают с помощью

массы
силиконовой
альгинатной
фторкаучуковой
термопластичной
цинкоксидэвгеноловой
#
31
При изготовлении металлокерамической коронки рабочий оттиск снимают массой
силиконовой
альгинатной
фторкаучуковой
термопластичной
цинкоксидэвгеноловой
#
32
При изготовлении металлопластмассовой коронки рабочий оттиск снимают массой
силиконовой
альгинатной
фторкаучуковой
термопластичной
цинкоксидэвгеноловой
#
33
Заключительным лабораторным этапом изготовления литой цельнометаллической коронки является
полировка
глазурование
припасовка на модели
заключительный обжиг
окончательная корректировка формы
#
34
При изготовлении консольного несъемного протеза отрицательным является
необходимость депульпации опорных зубов
препарирование большого количества зубов
неудовлетворительное эстетическое качество
наличие опрокидывающего момента в области опорных зубов
сошлифовывание большого количества тканей опорных зубов
#
35

Опорами несъемного мостовидного протеза могут быть
коронки, полукоронки, вкладки
вкладки, полукоронки, опорно-удерживающие кламмеры
опорно-удерживающие кламмера, штифтовые зубы, телескопические коронки
телескопические коронки, опорно-удерживающие кламмеры, аттачмены
только параллельно продольной оси зуба
#
36
Припасовка опорных коронок является отдельным клиническим этапом при изготовлении мостовидного протеза
любого
паяного
цельнолитого
металлокерамического
пластмассового
#
37
Моделирование тела паяного мостовидного протеза производится
перед моделированием опорных коронок
после лабораторного этапа изготовления опорных коронок
на этапе припасовки опорных коронок на модели
одновременного с моделированием опорных коронок
после этапа припасовки опорных коронок в клинике
#
38
Моделирование тела металлокерамического мостовидного протеза производится
перед моделированием опорных коронок
на этапе припасовки опорных коронок на модели
одновременно с моделированием опорных коронок
после этапа припасовки опорных коронок в клинике
после лабораторного этапа изготовления опорных коронок
#
39
На этап припасовки паяного мостовидного протеза врач получает протез из зуботехнической лаборатории на
гипсовой модели
металлических штампах
гипсовых штампах
восковом базисе
гипсовых штампах в разборной модели
#

40
Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки несъемного мостовидного протеза проводится при окклюзиях
сагиттальных
сагиттальных и центральной
центральной и боковых
боковых и сагиттальных
сагиттальных, боковых и центральной
#
41
Двусторонний дистально неограниченный (концевой) дефект зубного ряда, по классификации Кеннеди, относится к классу
первому
второму
третьему
четвертому
пятому
#
42
Несъемный мостовидный протез состоит из
промывной части
опорных элементов и промежуточной части
опорных элементов, промежуточной части и базиса
промывной части, коронок и тела
опорных коронок, тела, промывной части
#
43
Классификация мостовидных протезов по методу изготовления
цельнолитые, полимеризованные, паяные
паяные, пластмассовые, комбинированные
комбинированные, металлические, неметаллические
неметаллические, металлокерамические, фарфоровые
фарфоровые, металлоакриловые, полимеризованные
#
44
Форма промежуточной части мостовидного протеза в области передних зубов
седловидная
промывная
касательная
диаторическая
комбинированная

#
45
Перед снятием двухслойного слепка ретракция десны необходима, чтобы
получить точный отпечаток поддесневой части зуба
получить точный отпечаток наддесневой части зуба
остановить кровотечение
обезболить десневой край
высушить поверхность культи зуба
#
46
Односторонний дистально неограниченный (концевой) дефект зубного ряда (по классификации Кеннеди) относится к классу
первому
второму
третьему
четвертому
пятому
#
47
На этап припасовки металлокерамического мостовидного протеза врач получает протез из зуботехнической лаборатории на
гипсовой модели
металлических штампах
гипсовых штампах
восковом базисе
разборной гипсовой модели
#
48
Классификация мостовидных протезов по материалу изготовления
цельнолитые, полимеризованные, паяные
паяные, пластмассовые, комбинированные
комбинированные, металлические, неметаллические
неметаллические, металлокерамические, фарфоровые
фарфоровые, металлоакриловые, полимеризованные
#
49
Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена
виниром
фасеткой
вкладкой
коронкой

штифтовым зубом
#
50
Штифтовый зуб – ортопедическая конструкция, восстанавливающая дефект
вестибулярной стенки зуба
зубного ряда включенный во фронтальном отделе
зубного ряда включенный в боковом отделе
зубного ряда концевой
коронковой части зуба
#
51
По функции различают искусственные коронки
восстановительные, комбинированные
временные, с облицовкой
восстановительные, фиксирующие
опорные (фиксирующие), пластмассовые
шинирующие, штампованные
#
52
Показанием к изготовлению штифтового зуба является
отлом угла режущего края зуба
разрушение корня зуба на $\frac{1}{2}$
кариозная полость I по Блэку
разрушение коронки зуба на уровне десны
подвижность зуба второй степени
#
53
Показанием к изготовлению мостовидного протеза является
дефект коронковой части зуба
патологическая стираемость
пародонтит тяжелой степени
включенный дефект зубного ряда
концевой односторонний дефект зубного ряда
#
54
Оклюзионная кривая – это линия, проведенная
по контактным поверхностям зубов
по режущим краям фронтальных зубов и щечным буграм премоляров и моляров
по проекции вершущек корней зубов
от козелка уха до угла крыла носа
по режущим краям фронтальных зубов и небным буграм премоляров

#
55
Гипсовая модель по слепку из альгинатного материала должна быть отлита не позднее (в мин)
5
15
40
60
90
#
56
Альгинатную слепочную массу замешивают на
холодной воде
3% растворе поваренной соли
прилагаемом к материалу катализаторе
горячей воде
1% растворе питьевой соды
#
57
Для изготовления штампованных коронок применяют сплавы золота пробы
375
583
750
900
915
#
58
При препарировании зуба под коронку выделяют следующее количество обрабатываемых поверхностей
2
3
4
5
6
#
59
Метод субъективного обследования больного в клинике ортопедической стоматологии включает
осмотр
пальпацию
опрос

рентгенографическое исследование
изучение диагностических моделей
#
60
Вторая степень подвижности зубов по Д.А. Энтину характеризуется движениями зуба в направлении
вестибуло-оральном
медио-дистальном
вестибуло-оральном и медио-дистальном
вестибуло-оральном и медио-дистальном, включая вертикальное
во всех направлениях, включая ротацию
#
61
Объективное исследование пациента начинают с
опроса
осмотра слизистой оболочки
заполнения зубной формы
изучения диагностических моделей
внешнего осмотра
#
62
Для постоянной фиксации несъемных протезов применяют
репин
цементы
масляный дентин
водный дентин
акриловые пластмассы
#
63
При изготовлении металлокерамической коронки керамическую массу наносят на
штампованный колпачок
литой колпачок
платиновый колпачок
штампик из огнеупорного материала
огнеупорную модель
#
64
Металлокерамическая коронка относится к
комбинированным
металлическим
неметаллическим

сочетанным
полимеризованным
#
65
Припасовку фарфоровой коронки осуществляют выявлением преждевременных контактов между коронкой и стенками культи зуба с помощью
разогретого воска
альгинатных слепочных масс
корректирующих силиконовых слепочных масс
жидкого гипса
копировальной бумаги
#
66
На культевую вкладку можно изготовить коронку
только штампованную
только фарфоровую
только пластмассовую
только металлопластмассовую
любую из существующих
#
67
При изготовлении металлопластмассовой коронки соединение пластмассы с литым каркасом осуществляется за счет
химического соединения
образования окисной пленки
взаимной диффузии материалов
вырезания «окна» на вестибулярной поверхности коронки
формирования ретенционных пунктов с помощью «перл» (шариков)
#
68
Заключительным лабораторным этапом изготовления металлопластмассовой коронки является
полировка
глазурования
припасовка на модели
заключительный обжиг
окончательная корректировка формы
#
69
Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба, равный 0,9, является показанием к изготовлению

вкладки
полукоронки
штифтового зуба
экваторной коронки
телескопической коронки
#
70
Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба, равный 0,45, является показанием к изготовлению
вкладки
полукоронки
штифтового зуба
экваторной коронки
телескопической коронки
#
71
Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба, равный 0,7, является показанием к изготовлению
вкладки
полукоронки
штифтового зуба
коронки
телескопической коронки
#
72
Телескопическая коронка используется для
фиксации консольного мостовидного протеза
шинирования зубов
профилактики патологической стираемости
фиксации съемного мостовидного протеза
повышения высоты нижнего отдела лица
#
73
Дефекты зубных рядов могут возникать вследствие
заболеваний височно-нижнечелюстного сустава
осложнений кариеса
патологической стираемости твердых тканей зубов
снижение высоты нижнего отдела лица
заболеваний слизистой оболочки полости рта
#
74
Требования к корням зубов, используемым для штифтовых конструкций

подвижность 2-3 степени
канал распломбирован на 1/3
расширение периодонтальной щели
канал незапломбирован до верхушки на 1/3
толщина стенок корня не менее одного миллиметра
#
75
Готовая штампованная коронка должна
иметь толщину 0,5-0,8мм
плотно прилегать к уступу
соответствовать цвету естественного зуба
восстанавливать контакт с рядом стоящими зубами
погружаться в зубодесневую бороздку на 0,5-1,5 мм
#
76
Микропротез, восстанавливающий анатомическую форму зуба
фасетка
культевая вкладка
Штифтовый зуб
вкладка
коронка
#
77
Перед фиксацией фарфоровой коронки платиновая фольга
всегда не извлекается
всегда извлекается
извлекается при изготовлении коронки на премоляр
извлекается при изготовлении коронки на резцы
не извлекается при изготовлении коронки на премоляр
#
78
Первый клинический этап при изготовлении металлокерамической коронки
определение цвета керамической облицовки
определение центральной окклюзии
изготовление временной пластмассовой коронки
препарирование зуба
снятие вспомогательного слепка
#
79
Временная пластмассовая коронка обычно не показана при изготовлении коронки

штампованной
цельнолитой
металлокерамической
металлопластмассовой
фарфоровой
#
80
После полировки штампованной коронки заключительный клинический этап – это
проверка плотности прилегания внутренней поверхности коронки к культе зуба
коррекция окклюзионных контактов коронки с зубами-антагонистами
полировка окклюзионной поверхности коронки
коррекция контактных пунктов
фиксация
#
81
Изготовление промежуточной части паяного мостовидного протеза осуществляется методом
наружной штамповки
внутренней штамповки
обжига
литья
паяния
#
82
Соединение опорных штампованных коронок и промежуточной части мостовидного протеза осуществляется методом
наружной штамповки
внутренней штамповки
обжига
литья
паяния
#
83
Штифтовый зуб по Логану – это конструкция
с вкладкой
фабричного изготовления
с наружным кольцом
с надкорневой защиткой
с надкорневой культевой вкладкой
#
84
Штифтовый зуб с наружным кольцом (по автору)

Логана
Ричмонда
Ахметова
Дэвиса
Ильиной-Маркосян
#
85
Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди включает классов
два
три
четыре
пять
шесть
#
86
Классификация дефектов зубных рядов по Е.И. Гаврилову включает классов
два
три
четыре
пять
шесть
#
87
Для временной фиксации несъемных протезов применяют
эластичные пластмассы
стеклоиномерный цемент
масляный дентин
водный дентин
акриловые пластмассы
#
88
Согласно классификации Румпеля, съемные пластиночные протезы по способу передачи жевательного давления относятся к
физиологическим
полуфизиологическим
нефизиологическим
комбинированным
опирающим
#
89
Съемные пластиночные протезы восстанавливают жевательную эффективность до

(в %)
20
50
70
90
100
#
90
Окончательная припасовка съемного пластиночного протеза производится
зубным техником на модели
врачом в полости рта
врачом на модели
зубным техником на модели, затем врачом в полости рта
врачом сначала на модели и затем в полости рта
#
91
Фиксирующими частями съемного мостовидного протеза могут являться
полукоронки
вкладки
штифтовые зубы
телескопические коронки
культевые коронки
#
92
Бюгельный протез состоит из
дуги
искусственных зубов и дуги
дуги, кламмеров и каркаса
дуги, кламмеров и седловидных частей с искусственными зубами
кламмеров и седловидных частей
#
93
Дуга бюгельного протеза располагается относительно слизистой оболочки
никогда не касаясь
всегда слегка касаясь
всегда плотно прилегая
слегка касаясь при жевании
плотно прилегая при жевании
#
94
Отросток удерживающего кламмера должен располагаться

между экватором и десной
между экватором и окклюзионной поверхностью
на вестибулярной поверхности зуба
в области ската альвеолярного гребня с оральной стороны
по центру альвеолярного гребня в базисе под искусственными зубами
#
95
Припасовка литого каркаса бюгельного протеза производится
только зубным техником на модели
врачом только на модели
только врачом в полости рта
зубным техником на модели, затем врачом в полости рта
врачом сначала на модели и затем в полости рта
#
96
Задний край полного съемного протеза на нижней челюсти должен:
не доходить до медиального края позадиомолярного слизистого бугорка на 1,0-2,0 мм
доходить до медиального края позадиомолярного слизистого бугорка
перекрывать 1/3 позадиомолярного слизистого бугорка
перекрывать позадиомолярный слизистый бугорок полностью
перекрывать позадиомолярный слизистый бугорок не полностью
#
97
При наличии сильных болей больному рекомендуется съемный пластиночный протез
не снимать до посещения врача
снять и надеть за 3-4 часа перед посещением врача
снять и сразу придти к врачу
снять и надеть, когда пройдут болевые ощущения
снять и после исчезновения воспалительных явлений придти к врачу
#
98
Первая коррекция съемного пластиночного протеза производится
в день наложения протеза
на следующий день после наложения протеза
через неделю после наложения протеза
через месяц
только при появлении болей
#
99

При изменении дикции после наложения съемного пластиночного протеза на верхнюю челюсть необходимо
изготовить новый протез
укротить границы протеза
пришлифовать фронтальные зубы нижней челюсти
провести коррекцию протеза верхней челюсти в области фронтальных зубов
создать разобщения между фронтальными зубами
#
100
Коррекция базиса съемного пластиночного протеза производится инструментами
крампонными щипцами
алмазными турбинными головками
вулканитовыми дисками
металлическими фрезами
твердосплавными турбинными борами
#
101
Изготовление двухслойного базиса съемного протеза с мягкой подкладкой показано при:
равномерной атрофии альвеолярных отростков
наличие острых костных выступов (экзостозов) на протезном ложе
выраженных альвеолярных отростках с равномерно податливой слизистой оболочкой
повышенном пороге болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа
сильно выраженном подслизистом слое в области протезного ложа
#
102
Топография слизистой оболочки периферической фиброзной зоны податливости (по Люнду)
срединная часть твердого неба
альвеолярный отросток
дистальная треть твердого неба
переходная складка
область небных складок
#
103
Топография железистой зоны податливости слизистой оболочки (по Люнду)
срединная часть твердого неба
альвеолярный отросток
дистальная треть твердого неба

переходная складка
область небных складок
#
104
Съемный пластиночный протез с удерживающими кламмерами передает большую часть жевательного давления на
естественные зубы
жевательные мышцы
слизистую оболочку полости рта
слизистую оболочку и естественные зубы
слизистую оболочку, естественные зубы и мышцы
#
105
При нанесении ориентиров для постановки искусственных зубов линия, опущенная от крыла носа, соответствует
медиальной поверхности клыка
дистальной поверхности клыка
середине клыка
середине первого премоляра
постановка центральных и боковых резцов
#
106
Классификация Суппли предложена для
слепочных материалов
функциональных слепков
типов слизистой оболочки
форм скатов альвеолярных гребней
видов зубных протезов
#
107
После проведения последней коррекции съемного протеза пациенту необходимо рекомендовать являться в клинику для диспансерного осмотра
один раз в месяц
один раз в полгода
один раз в год
только при возникновении жалоб
по желанию пациента
#
108
Виды кламмерных линий
1.вертикальная, диагональная, поперечная

2. боковая, передняя, сагиттальная
3. диагональная, дистальная, медиальная
4. поперечная, диагональная, сагиттальная
5. сагиттальная, вертикальная, боковая
#
109
Удерживающий кламмер состоит из
плеча, отростка
отростка, окклюзионной накладки
окклюзионной накладки, ответвления
ответвления, тела, окклюзионной накладки
плеча, тела, отростка
#
110
Требования к восковому базису с окклюзионными валиками
изготовление из моделировочного воска, плотное прилегание к протезному ложу
плотное прилегание к протезному ложу, окклюзионный валик ниже естественных зубов
окклюзионный валик ниже естественных зубов, соответствие границам базиса протеза
окклюзионный валик ниже и уже естественных зубов
плотное прилегание к протезному ложу, соответствие границам базиса протеза
#
111
Восковую конструкцию для определения центральной окклюзии изготавливают из воска
липкого
моделировочного
базисного
бюгельного
базисного в сочетании с моделировочным
#
112
Искусственные пластмассовые зубы соединяются с базисами пластиночного протеза
механически
химически
с помощью клея
изоляционным лаком
липким воском
#
113

При постановке зубов в окклюдаторе выверяются окклюзии боковые левые, боковые правые
боковые правые и левые, передние
передние, центральная
центральная
центральная, передние, боковые
#
114
Для проведения клинического этапа «Проверка конструкции съемного протеза» из лаборатории получают
модели с восковыми базисами и искусственными зубами
модели с восковыми и окклюзионными валиками, фиксированные в артикулятор
модели с восковыми базисами и искусственными зубами, фиксированные в артикулятор
восковые базисы с искусственными зубами
неполированные протезы
#
115
Паковка пластмассы в кювету проводится на стадии
песочной
тянущихся нитей
тестообразной
резиноподобной
твердой
#
116
Гранулярная пористость в пластмассе образуется вследствие
быстрого нагрева кюветы
недостаточного сжатия пластмассы
быстрого охлаждения кюветы
нарушения температуры нагрева кюветы
нарушения пропорций полимера и мономера
#
117
При полимеризации пластмассы быстрый нагрев кюветы приводит к образованию в базисе протеза
трещин
газовой пористости
гранулярной пористости
внутренних напряжений

пористости сжатия
#
118
Быстрое охлаждение кюветы приводит к образованию в базисе протеза
газовой пористости
гранулярной пористости
внутренних напряжений
«мраморности» пластмассы
пористости сжатия
#
119
«Мраморность» базиса пластиночного протеза возникает при
несоблюдение температурного режима полимеризации
нарушении прессования
резком охлаждении кюветы после окончания полимеризации
неплотном соединении частей кюветы
отсутствии изолирующего слоя на гипсовой модели перед паковкой пластмассы
#
120
Первая коррекция бюгельного протеза производится
в день наложения протеза
на следующий день после наложения протеза
через неделю после наложения протеза
через месяц
только при проявлении болей
#
121
При недостаточно хорошей фиксации съемного протеза, обусловленной удлинненными границами базиса, необходимо
снять слепок и изготовить новый протез
провести коррекцию краев протеза
уточнить границы протеза самотвердеющей пластмассой
уточнить границы протеза самотвердеющей пластмассой
снять слепок, используя протез, и провести перебазировку в лаборатории
#
122
Сроки пользования съемным пластиночным протезом, после которого его необходимо заменить новым (в годах)
0,5-1
2-4
5-7

8-10
не ограничены
#
123
Для ускорения адаптации к съемному протезу после его наложения рекомендуется
снимать протез несколько раз в течение дня
первые 3 дня надевать протез только на ночь
пользоваться протезом только во время еды
пользоваться протезом днем и снимать на ночь первую неделю
пользоваться протезом днем и не снимать на ночь первую неделю
#
124
В качестве материала для перебазиrowки съемного протеза можно использовать
термопластичную слепочную массу
силиконовую корригирующую слепочную массу
эластичную пластмассу
цинкоксид эвгенольный материал
самотвердеющую пластмассу «Акрилоксид»
#
125
В бюгельных протезах применяются кламмера, изготовленные методом
литья
штамповки
ковки
изгибания
паяния
#
126
Плечо литого кламмера в бюгельном протезе выполняет функцию
удерживающую
опорную
направляющую
удерживающую и опорную
удерживающую, опорную и направляющую
#
127
Дуга бюгельного протеза на нижней челюсти располагается
у шеек зубов
между шейками зубов и переходной складкой дна полости рта
у переходной складки дна полости рта
между шейками зубов и окклюзионной поверхностью

у переходной складки преддверия полости рта
#
128
Каркас бюгельного протеза состоит из
дуги, кламмеров
дуги, ответвлений
дуги, кламмеров, ответвлений
дуги, кламмеров, ответвлений, базиса
дуги, кламмеров, ответвлений, базиса искусственных зубов
#
129
Причинами непригодности каркаса протеза является
ощущение во рту инородного тела при припасовке и наложении каркаса
большая протяженность каркаса и сложность его конструкции
отсутствие зазора между дугой и слизистой оболочкой
появление повышенной саливации
применение кламмеров разных типов
#
130
Зона слизистой оболочки твердого неба с обширными сосудистыми полями по Е.И. Гаврилову
клапанная
ретенционная
фиброзная
железистая
буферная
#
131
Способность слизистой оболочки изменять уровень рельефа при вертикальном давлении
подвижность
ретенция
когезия
адгезия
податливость
#
132
К лабораторным этапам изготовления съемного пластиночного протеза относятся:
проверка конструкции протеза, коррекция протеза
коррекция протеза, снятие слепков
снятие слепков, постановка искусственных зубов

постановка искусственных зубов, замена воска на пластмассу
замена воска на пластмассу, проверка конструкции протеза
#
133
Клинические этапы изготовления съемного пластиночного протеза
замена воска на пластмассу, проверка конструкции протеза
проверка конструкции протеза, коррекция протеза
коррекция протеза, постановка искусственных зубов,
постановка искусственных зубов, снятие слепков,
снятие слепков, замена воска на пластмассу
#
134
После проведения клинического этапа «Проверка конструкции съемного протеза» следует лабораторный этап
замена воска на пластмассу
постановка искусственных зубов
отделка протеза
изготовление восковых базисов с прикусными валиками
определение центральной окклюзии
#
135
После проведения клинического этапа «Определение центральной окклюзии» следует лабораторный этап
замена воска на пластмассу
постановка искусственных зубов
отделка протеза
изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками
определение центральной окклюзии
#
136
После лабораторного этапа «Постановка искусственных зубов» следует клинический этап
определение центральной окклюзии
коррекция протеза
проверка конструкции протеза
замена воска на пластмассу
отделка протеза
#
137
Оттискная масса должна обладать следующим свойством
замешиваться на воде

не давать усадку до отливки модели
прочно соединяться с материалом модели
отверждаться через 20 минут после замешивания
обладать пластичностью при выведении слепка из полости рта
#
138
Определение центрального соотношения челюстей для изготовления пластиночных протезов при дефектах зубных рядов начинают с
припасовки восковых базисов с прикусными валиками с учетом высоты физиологического покоя
проверки правильности определения центрального соотношения челюстей
нанесения клинических ориентиров для постановки искусственных зубов
оценки качества изготовления восковых базисов с прикусными валиками
приклеивания разогретой пластинки воска и фиксации центрального соотношения челюстей
#
139
Классификация удерживающих кламмеров по конструкции
дентальные, дентоальвеолярные, альвеолярные
металлические, пластмассовые
жесткие, полуподвижные, шарнирные
гнутые, литые, полимеризованные
одноплечие, двухплечие, перекидные, многозвеньевые
#
140
Классификация кламмеров по способу соединения с базисом протеза
дентальные, дентоальвеолярные, альвеолярные
металлические, пластмассовые
жесткие, полуподвижные, шарнирные
гнутые, литые, полимеризованные
одноплечие, двухплечие, перекидные, многозвеньевые
#
141
Классификация кламмеров по функции
дентальные, дентоальвеолярные, альвеолярные
металлические, пластмассовые
жесткие, полуподвижные, шарнирные
удерживающие, опорно-удерживающие
одноплечие, двухплечие, перекидные, многозвеньевые
#
142
Линия, соединяющая опорные зубы, на которых располагаются кламмеры

зрачковая
протетическая
направляющая
обзорная
кламмерная
#
143
Фазы адаптации к съемному пластиночному протезу по В.Ю. Курляндскому:
предварительной адаптации, раздражения, полной адаптации
полной адаптации, раздражения, стабилизация
стабилизация, частичной адаптации, полного торможения
раздражения, частичного торможения, полного торможения
раздражения, стабилизация, предварительной адаптации
#
144
Обучение пациента правилами пользования бюгельным протезом осуществляется на этапе
коррекция протеза
проверки конструкции протеза
припасовка каркаса
припасовки и наложение протеза
обследования и выбора конструкции протеза
#
145
Одноплечие, двуплечие, многозвеньевые кламмеры выделяют в соответствии с классификацией по
функции
материалу
конструкции
методу изготовления
способу соединения с базисом протеза
#
146
Жесткие, полуподвижные, шарнирные кламмеры выделяют в соответствии с классификацией по:
функции
материалу
конструкции
методу изготовления
способу соединения с базисом протеза
#

147
Удерживающие и опорно-удерживающие кламмеры выделяют в соответствии с классификацией по:
функции
материалу
конструкции
методу изготовления
способу соединения с базисом протеза
#
148
Одной из наиболее частых причин полной утраты зубов являются:
кариес и его осложнения
сердечно-сосудистые заболевания
онкологические заболевания
травмы
некариозные поражения твердых тканей зубов
#
149
Одной из наиболее частых причин полной утраты зубов являются
травмы
сердечно-сосудистые заболевания
онкологические заболевания
заболевания пародонта
заболевания желудочно-кишечного тракта
#
150
Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов:
увеличение амплитуды движений нижней челюсти
изменение характера движений нижней челюсти
атрофия альвеолярных гребней
смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава
#
151
Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов:
атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки
изменение характера движений нижней челюсти
увеличение амплитуды движения нижней челюсти
смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава
#

152
Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов:
атрофия суставного бугорка
уплощение суставной ямки
разволокнение внутрисуставного диска
истончение внутрисуставного диска
смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
#
153
Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов:
атрофия суставного бугорка
уплощение суставной ямки
разволокнение внутрисуставного диска
истончение внутрисуставного диска
смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
#
154
Второй тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками
полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо
средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо
альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо
альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе
#
155
Третий тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками
полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо
средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо
альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо
альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе

#
156
Первый тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками
полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо
средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо
альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо
альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе
#
157
Количество типов (степеней) атрофии беззубой верхней челюсти по классификации Шредера
два
три
четыре
пять
шесть
#
158
Третий тип беззубой верхней челюсти по классификации Келлера характеризуется признаками
альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе
альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
незначительная равномерная атрофия альвеолярной части
резкая равномерная атрофия альвеолярной части
полная атрофия альвеолярной части
#
159
Количество типов (степеней) атрофии беззубой верхней челюсти по классификации Келлера
два
три
четыре
пять
шесть
#

160
Срединная фиброзная зона податливости слизистой оболочки протезного ложа, по Люнду, располагается в области
сагиттального шва, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая
альвеолярного отростка, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая
дистальной трети твердого неба, имеет выраженный подслизистый слой, обладает наибольшей степенью податливости
поперечных складок, имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости
средней трети твердого неба, подслизистый слой незначительный, высокая степень податливости
#
161
Железистая зона податливости слизистой оболочки протезного ложа, по Люнду, располагается в области
сагиттального шва, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая
альвеолярного отростка, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая
дистальной трети твердого неба, имеет выраженный подслизистый слой, обладает наибольшей степенью податливости
поперечных складок, имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости
средней трети твердого неба, подслизистый слой незначительный, высокая степень податливости
#
162
Для получения функционального слепка при полной утрате зубов применяется слепочная ложка
стандартная из металла, гладкая
стандартная из пластмассы, перфорированная
индивидуальная из эластичной пластмассы
индивидуальная из жесткой пластмассы
стандартная из пластмассы с краями, уточненными воском
#
163
На этапе «Проверка конструкции съемного протеза» при полном отсутствии зубов в случае выявления завышения высоты нижнего отдела лица необходимо заново определить центральное соотношение челюстей
с помощью восковых базисов с прикусными валиками
сняв боковые зубы с верхнего воскового базиса и приклеив к нему пластинку воска
сняв боковые зубы с нижнего воскового базиса и приклеив к нему пластинку воска
приклеив пластинку воска на боковые зубы нижнего воскового базиса

приклеив пластинку воска на передние зубы нижнего воскового базиса
#
164
Перекрестная постановка искусственных зубов при изготовлении полных съемных протезов применяется соотношение челюстей
ортогнатическом
прогеническом
прогнатическом
прямом
соотношение челюстей не имеет значения
#
165
Повторная фиксация центрального соотношения челюстей методом наложения восковой пластинки на искусственные зубы нижней челюсти возможна при
завышение высоты нижнего отдела лица
снижение высоты нижнего отдела лица
смещение нижней челюсти влево
смещение нижней челюсти вправо
смещение нижней челюсти вперед
#
166
Причиной утолщения базиса съемного протеза являются
неточность снятия слепка
неточное соединение частей кюветы при паковке пластмассы
деформация протеза в момент извлечения его из кюветы после полимеризации
нарушение пропорций полимера и мономера при подготовке пластмассы
неправильный выбор вида гипсовки
#
167
При недостаточно хорошей фиксации полного съемного протеза, обусловленной удлиненными границами базиса, необходимо
снять слепок и изготовить новый протез
провести коррекцию краев протеза
уточнить границы протеза самотвердеющей пластмассой
снять слепок, используя протез, и провести перебазировку в лаборатории
провести перебазировку эластичной базисной пластмассой
#
168
Сроки проведения первой коррекции съемного протеза
на следующий день после наложения протеза
через неделю после наложения протеза

только при появлении боли под протезом
любые – по согласованию с пациентом
после полной адаптации к протезу
#
169
«Мраморность» пластмассового базиса протеза появляется при
истечение срока годности мономера
истечение срока годности полимера
нарушение температурного режима полимеризации
несоблюдении технологии подготовки пластмассового «теста»
быстром охлаждении кюветы после полимеризации
#
170
При полном отсутствии зубов протезы с пластмассовыми зубами рекомендуется
менять
через 2-4 года
через 5-6 лет
через 7-8 лет
по усмотрению пациента
в случае появления неудовлетворительной фиксации
#
171
После проведения последней коррекции полного съемного протеза пациенту
необходимо рекомендовать являться в клинику для диспансерного осмотра
один раз в месяц
один раз в полгода
один раз в год
только при возникновении жалоб
по желанию
#
172
Ориентиром для постановки центральных резцов служит расположение
крылов носа
уздечки верхней губы
линии эстетического центра лица
фильтрума верхней губы
уздечки нижней губы
#
173
После проведения этапа определения центрального соотношения челюстей
восковые базисы с прикусными валиками

используют для постановки искусственных зубов
сохраняют до этапа проверки конструкции протезов
сохраняют до полного изготовления протезов и их наложения
переплавляют для повторного использования воска
выдают пациенту на руки
#
174
Для проведения этапа «Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов» в клинику поступают
модели с восковыми базисами и прикусными валиками
восковые базисы с прикусными валиками
модели с восковыми базисами и прикусными валиками, зафиксированные в окклюдатор
модели с восковыми базисами и прикусными валиками, зафиксированные в артикулятор
модели с восковыми базисами и искусственными зубами
#
175
Перед фиксацией центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов создают ретенционные пункты на прикусных валиках
нижнем на окклюзионные поверхности
верхнем на окклюзионной поверхности
нижнем и верхнем на окклюзионных поверхностях
расположение насечек не имеет значения
нижнем и верхнем на вестибулярных поверхностях
176
Для фиксации центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов, разогретый воск размещают на прикусном валике
верхнем
нижнем
верхнем и нижнем
верхнем только в области жевательных зубов
нижнем только в области жевательных зубов
#
177
Физико-биологический метод фиксации съемного протеза при полном отсутствии зубов обеспечивается
замковыми креплениями и функциональной присасываемостью
функциональной присасываемостью и кламмерами
кляммерами и замковыми креплениями
замковыми креплениями и адгезией

адгезией и функциональной присасываемостью
#
178
Клапанная зона является понятием
анатомическим
физиологическим
функциональным
комплексным
эстетическим
#
179
Дистальный край съемного протеза при полном отсутствии зубов на верхней челюсти при ортогнатическом соотношении челюстей должен
перекрывать границу твердого и мягкого неба на 1-2 мм
проходить строго по границе твердого и мягкого неба
перекрывать границу твердого и мягкого неба на 3-5 мм
не доходить до границы твердого неба на 5-7мм
перекрывать границу твердого и мягкого неба на 5-7 мм
#
180
Граница съемного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти по отношению к позадимоллярному (ретромоллярному) бугорку
перекрывает его полностью
не доходит до бугорка на 1 мм
не доходит до бугорка на 5 мм
располагается посередине бугорка
перекрывает бугорок на 2/3
#
181
Место коррекции индивидуальной ложки на нижней челюсти при проведении функциональной пробы «глотание»
вестибулярный край между клыками
вестибулярный край в области моляров и передней группы зубов
язычный край в области моляров
язычный край в области премоляров
от позадимоллярного бугорка до челюстно-подъязычной линии
#
182
Место коррекции индивидуальной ложки на нижнюю челюсть при проведении функциональной пробы «широкое открывание рта»
вестибулярный край между клыками

вестибулярный край в области моляров и передней группы зубов
язычный край в области моляров
язычный край в области премоляров
от позадиомолярного бугорка до челюстно-подъязычной линии
#
183
Место коррекции индивидуальной ложки на нижнюю челюсть при проведении функциональной пробы «вытягивание вперед губ, сложенных трубочкой»
язычный край в области премоляров
вестибулярный край в области моляров и передней группы зубов
язычный край в области моляров
вестибулярный край между клыками
от позадиомолярного бугорка до челюстно-подъязычной линии
#
184
Резцовой точкой называется место, находящееся между центральными резцами у
режущего края зубов верхней челюсти
десневого сосочка на верхней челюсти
режущего края зубов нижней челюсти
десневого сосочка на нижней челюсти
середины высоты коронковой части
#
185
Ориентир, с помощью которого на загипсованных в окклюдатор или в артикулятор моделях определяется вид постановки искусственных зубов
направление межальвеолярных (интеральвеолярных) линий
горизонтальная плоскость
угол, образованный межальвеолярной линией с горизонтальной плоскостью
угол наклона протетической плоскости
выраженность окклюзионных кривых
#
186
При полном отсутствии зубов угол менее $80^{\circ}$ , образованный межальвеолярными линиями и горизонтальной плоскостью, является показанием к постановке искусственных зубов по типу
ортогнатическому
прогеническому
прогнатическому
бипрогнатическому
прямому
#
187

Прогенический тип постановки искусственных зубов у лиц при полном отсутствии зубов предусматривает
12 зубов на верхней челюсти, 14 зубов на нижней челюсти
по 14 зубов на верхней и нижней челюстях
12 зубов на нижней челюсти, 14 зубов на верхней челюсти
14 зубов на верхней и 16 зубов на нижней челюсти
16 зубов на нижней челюсти, 14 зубов на верхней челюсти
#
187
При постановке зубов в окклюдаторе выверяются окклюзии
боковые левые
боковые правые
передние
центральная
дистальная
188
Диаторические фарфоровые зубы используются для постановки
в переднем отделе зубной дуги
в боковом отделе зубной дуги
в переднем и боковом отделах зубной дуги
только на нижней челюсти
только на верхней челюсти
#
189
Одной из особенностей строения ВНЧС является
парность
отсутствие суставной жидкости
конгруэнтность суставных поверхностей
возможность движений только в одной плоскости
возможность движений только в двух плоскостях
#
190
Одной из особенностей строения ВНЧС является
наличие суставной жидкости
наличие суставных дисков
конгруэнтность суставных поверхностей
возможность движений только в одной плоскости
возможность движений только в двух плоскостях
#
191

В полном съемном протезе на верхнюю челюсть количество зубов, как правило, составляет
8
10
12
14
16
#
192
Форма повышенной стираемости твердых тканей зубов зависит от
формы зубных рядов
вида прикуса
размера зубов
размера челюстей
верно 1 и 3
#
193
Форма повышенной стираемости твердых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и (или) оральная поверхность зубов, называется
смешанная
вертикальная
компенсированная
декомпенсированная
горизонтальная
#
194
Формы повышенной стираемости твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижнего отдела лица, называется
смешанная
вертикальная
компенсированная
декомпенсированная
горизонтальная
#
195
Отсутствие снижения высоты нижнего отдела лица при определенной форме повышенной стертости зубов обусловлено
смещением нижней челюсти
ростом альвеолярных отростков челюстей
изменением взаимоотношений элементов ВНЧС
выдвижением зубов

верно 1 и 4
#
196
Автором классификации повышенной стираемости по распространенности патологического процесса является
Грозовский
Курляндский
Бушан
Дойников
Копейкин
#
197
Дополнительные методы исследования больных с декомпенсированной формой повышенной стираемости твердых тканей зубов включает
клинический анализ крови
томографию ВНЧС
биохимический анализ крови
рентгенологическое исследование зубов и челюстей
верно 2 и 4
#
198
При II и III степенях повышенной стираемости противопоказано применение
5
цельнолитых коронок
штампованных коронок
цельнолитых мостовидных протезов
штампованно-паяных мостовидных протезов
верно 2 и 4
199
При II и III степенях декомпенсированной формы повышенной стираемости необходим этап лечения
терапевтический
ортодонтический
хирургический
ортопедический
верно 2 и 4
#
200
При I степени повышенной стираемости зубов показано применение
пластиночных протезов
вкладок

штифтовых конструкций с последующим покрытием коронкой
искусственных коронок
верно 2 и 4
#
201
При II и III степенях повышенной стираемости зубов показано применение
вкладок
цельнолитых коронок
штампованных коронок
культовых штифтовых вкладок
верно 2 и 4
#
202
При II и III степенях повышенной стираемости зубов показано применение
штампованных коронок
цельнолитых коронок
штампованно-паяных мостовидных протезов
цельнолитых мостовидных протезов
верно 2 и 4
#
203
Для ортодонтического этапа лечения больных с повышенной стираемостью зубов применяется
пластинка с вестибулярной дугой
пластинка с наклонной плоскостью
пластмассовая каппа
шина Порта
пластинка с ортодонтическим винтом
#
204
При повышенной стираемости твердых тканей зубов полость зубов
увеличивается
уменьшается
не изменяется
в начале заболевания увеличивается, затем уменьшается
в начале заболевания уменьшается, затем увеличивается
#
205
Осложнением повышенной стираемости зубов является
кариес
окклюзионно-артикуляционный дисфункциональный синдром

флюороз
гингивостоматит Венсана
клиновидный дефект
#
206
При внешнем осмотре больных с декомпенсированной формой повышенной стираемости зубов выявляется
углубление носогубных складок, старческое выражение лица
асимметрия лица
«птичье» лицо
гиперемия кожных покровов
верно 2 и 4
#
207
Для дифференциации компенсированной формы повышенной стираемости твердых тканей зубов от декомпенсированной необходимо
измерить разницу между высотой отдела лица при физиологическом покое и в центральной окклюзии
провести рентгенологическое исследование зубов
провести ЭОД
изготовить диагностические модели
верно 2 и 3
#
208
Причиной возникновения боли от термических раздражителей после укрепления литой вкладки при глубоком кариесе может являться
нарушение режима литья
невыверенные окклюзионные контакты
отсутствие фальцев по краям полости
отсутствие прокладок на дне полости
усадка металла
#
209
Препарирование зуба не требуется при изготовлении коронки
пластмассовой
комбинированной
фарфоровой
ортодонтической
цельнолитой
#
210
При препарировании зуба под «жакетную» коронку уступ формируется

по всему периметру шейки зуба
на вестибулярной поверхности зуба
на оральной поверхности зуба
на вестибулярной поверхности с плавным переходом в символ уступа на аппроксимальных сторонах зуба
верно 2 и 3
#
211
На культевую вкладку можно изготовить коронку
только штампованную
только литую
только пластмассовую
только фарфоровую
любую из существующих
#
212
Для снятия оттисков при изготовлении вкладок применяются материалы
гипс
альгинатные
силиконовые
цинкоксиэвгеноловые
унифас
#
213
При изготовлении штифтовой конструкции толщина стенок корня зуба должна быть не менее
0,3 мм
0,5 мм
0,8 мм
1,0 мм
2,0 мм
#
214
Заключительным лабораторным этапом изготовления металлокерамической коронки является
извлечение платинового колпачка из коронки
глазурование
припасовка на модели
заключительный обжиг
окончательная коррекция формы
#

215
Для припасовки штампованной коронки в клинике врач получает коронку
на гипсовой модели
на гипсовом штампе
на металлическом штампе
на разборной модели
#
216
Абсолютным противопоказанием к изготовлению искусственной коронки является
подвижность зуба третьей степени
разрушение коронки зуба
пульпит
необходимость шинирования зубов
верно 1 и 3
#
217
При изготовлении искусственных коронок гипсовые модели фиксирует в
окклюдатор
артикулятор
эстеziометр
гнатодинамометр
верно 1 и 2
#
218
Телескопическая коронка используется для фиксации протеза
консольного
несъемного мостовидного
пластиночного
съемного мостовидного
верно 3 и 4
#
219
При изготовлении металлокерамических коронок рабочие оттиски снимают
массаами
альгинатными
силиконовыми
термопластическими
твердокристаллическими
цинкоксиэвгеноловыми
#

220
Причиной появления пор в отображении препарированного зуба при снятии двухслойного оттиска может быть
недостаточное высушивание протезного ложа
плохое проведение ретракции десны
снятие оттиска с компрессией
неравномерное распределение корригирующей массы в базисном слое
верно 1 и 4
#
221
При препарировании зуба под фарфоровую коронку уступ
можно не формировать
формируется по всему периметру шейки зуба
формируется на вестибулярной поверхности зуба
формируется на оральной поверхности зуба
верно 3 и 4
#
222
При препарировании зуба под фарфоровую коронку уступ формируют
со всех сторон
с вестибулярной стороны
с вестибулярной и аппроксимальных сторон
с медиальной и дистальной сторон
с оральной стороны
#
223
Зафиксированную металлокерамическую коронку по показаниям можно снять с зуба
твердосплавленным колесовидным бором
коронкоснимателем (аппарат Копа)
алмазной головкой
фрезой
верно 1, 2 и 3
#
224
Сколько степеней подвижности зуба существует:
две
три
пять
четыре
шесть

#
225
Наличие пародонтального кармана характерно для
пародонтоза
пародонтита
гингивита
стоматита
пульпита
#
226
Временные шины при лечении болезней пародонта должны
надежно фиксировать шинируемые зубы
равномерно распределять жевательное давление
не препятствовать лекарственной терапии
верно 1 и 2
верно, 1, 2 и 3
#
227
При генерализованном пародонтите временная шина должна обеспечить стабилизацию
фронтальную
сагиттальную
по дуге
парасагиттальную
фронтосагиттальную
#
228
Метод избирательного пришлифовывания зубов при пародонтите предусматривает
уменьшение величины жевательных бугров
сошлифовывания защитных бугров
сошлифовывания скатов бугров
углубление фиссур
верно 3 и 4
#
229
При непосредственном протезировании протезы изготавливают
до оперативного вмешательства
через 3 дня после удаления зубов
через 5-7 дней после удаления зубов
через 2 недели после удаления зубов
через месяц после удаления зубов

#
230
Конструкции цельнолитого съемного шинирующего протеза включает
металлический каркас
пластмассовый базис с искусственными зубами
гнутые кламмеры
кляммер по Кемени
верно 1 и 2
#
231
К неспецифическим фактором алергизации организма при пользовании съемными пластиночными протезами относят
нарушением теплообмена (повышение температуры под протезом)
механическую травму
несоответствие протеза протезному ложу
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#
232
Характерные жалобы при алергическом стоматите возникших при использовании протезов из акриловых пластмасс
жжение и воспаление слизистой оболочки полости рта, наиболее выраженные под протезом
сухость во рту
невозможность пользование протезом
верно 1и 2
Верно 1, 2 и 3
#
233
Аллергический стоматит, вызванный металлическим протезом, следует дифференцировать с
глоссалгией
кандидозом
эндокринными заболеваниями
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#
234
Аллергический стоматит при пользовании металлическими протезами развивается через:
три месяца

шесть месяцев
один год
два года
пять- пятнадцать лет
#
235
Факторы, способствующие аллергизации организма при пользовании ортопедическими конструкциями
парниковый эффект
дисбактериоз
несоответствие протеза протезному ложу
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#
236
Характерные жалобы при аллергическом стоматите, вызванном металлическим протезом
прикусывание щек, языка
сухость во рту, жажда
жжение языка, усиливающееся при приеме растительной и кислой пищи, а также ночью
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#
237
Характерные жалобы при аллергическом стоматите, возникших при использовании протезов из акриловых пластмасс
жжение языка, щек, губ
затрудненное дыхание, глотание
жжение и воспаление слизистой оболочки полости рта, наиболее выраженные под протезом
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#
238
Избирательное пришлифовывание зубов при патологии ВНЧС проводится с целью
снижение окклюзионной работы
нормализация функциональной окклюзии
достижение плавности движений нижней челюсти
верно 2 и 3
верно 1 и 2
#

239
Сроки пользования ортодонтическими аппаратами при заболеваниях ВНЧС
одна неделя
две недели
три недели
один месяц
три и шесть месяцев
#
240
Всевозможные положения нижней челюсти по отношению к верхней
артикуляция
окклюзия
прикус
межальвеолярная высота
высота нижнего отдела лица
#
241
Причинами расцементировки металлокерамических коронок могут быть
чрезмерная конусность культи зуба
чрезмерная толщина литого каркаса
усадка металла при литье
некачественное литье
деформация двухслойного слепка
#
242
Для припасовки металлокерамической коронки в клинике врач получает из лаборатории коронку на
гипсовой модели
гипсовом столбике
металлическом штампе
без штампа
разборной гипсовой модели
#
243
Для припасовки металлопластмассовой коронки в клинике врач получает из лаборатории коронку на
гипсовой модели
гипсовом столбике
металлическом штампе
без штампа
разборной гипсовой модели

#
244
Промежуточная часть мостовидного протеза в области боковых зубов по отношению к десне
прилегает к ней по всей поверхности
прилегает только на скатах альвеолярного гребня
касается по вершине альвеолярного гребня в двух точках
касается по вершине альвеолярного гребня в одной точке
не касается
#
245
Степень атрофии альвеолярного отростка (альвеолярной части) определяется уровнем расположения вершины гребня по отношению к
переходной складке
шейками естественных зубов
окклюзионной поверхности естественных зубов
зубам-антагонистам
межальвеолярному расстоянию
#
246
Второй тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера характеризуется признаками
альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе
альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
незначительная равномерная атрофия альвеолярной части
резкая равномерная атрофия альвеолярной части
полная атрофия альвеолярной части
#
247
Второй класс слизистой оболочки протезного ложа по классификации Суппли характеризуется признаками
подвижные тяжи слизистой оболочки, болтающийся гребень
гипертрофированная слизистая оболочка, гиперемированная, рыхлая
нормальная слизистая оболочка бледно-розового цвета
атрофированная слизистая оболочка, сухая, белесоватого цвета
подвижные тяжи слизистой оболочки, гипертрофированная слизистая оболочка
#
248
При изготовлении индивидуальной ложки в полости рта используется

гипс
воск
пластмасса
термопластическая масса
легкоплавкий сплав
#
249
При проведении функциональных проб амплитуда движений нижней челюсти зависит от:
типа соотношения челюстей
степени атрофии челюстей
типа слизистой оболочки (по Суппли)
размера нижней челюсти
высоты нижнего отдела лица
#
250
В полном съемном протезе на нижнюю челюсть количество зубов, как правило, составляет
8
10
12
14
16
#
251
Факторы, способствующие возникновению и развитию артроза
врожденное укорочение ветви нижней челюсти
недоразвитие суставной головки с одной стороны
нарушение функциональной окклюзии
макротравма челюстно-лицевой области
верно 1, 2 и 3
#
252
Окклюзионная коррекция проводится методами
ортопедическими
избирательного пришлифовывания зубов
хирургическими
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#
253
Жевательная нагрузка концентрируется в области

моляров
резцов и клыков
премоляров
моляров и премоляров
клыков и премоляров
#
254
Факторы нарушения окклюзии
местные факторы полости рта
поражения ВНЧС
дисфункция жевательных мышц при общих заболеваниях
верно 1, 2 и 3
верно 2 и 3
#
255
Окклюзионная коррекция проводится методами
избирательного сошлифовывания зубов
ортопедическими
ортодонтическими
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#
256
Окклюзионные шины применяются с целью
нормализовать функцию жевательных мышц
предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений
нормализовать положение суставных головок
верно 1, 2 и 3
верно 2 и 3
#
257
Для диагностики заболевания ВНЧС применяют методы
измерение высоты нижнего отдела лица
рентгенологическое исследование
анализ функциональной окклюзии
верно 1 и 2
верно 2 и 3
#
258
Избирательное пришлифовывание зубов при патологии ВНЧС проводится с целью

уменьшения нагрузки на пародонт
достижение плавности движений нижней челюсти
нормализации функциональной окклюзии
верно 1 и 3
верно 2 и 3
#
259
Типом смыкания передних зубов при двустороннем переломе тела нижней челюсти является
открытый
перекрестный
медиальный
дистальный
глубокий
#
260
План ортопедического лечения при переломах челюстей зависит
от локализации перелома
от характера перелома
от состояния зубов на сохранившихся фрагментах челюстей
верно 1, 2 и 3
верно 1 и 3
#
261
Причины, приводящие к приобретенным дефектам челюстно-лицевой области
огнестрельная травма
спортивная травма
онкологические заболевания
производственная травма
верно 1-4
#
262
Частичное отсутствие зубов, осложненное феноменом Попова-Годона, следует дифференцировать от
частичного отсутствия зубов, осложненного снижением окклюзионной высоты и дистальным смещением нижней челюсти
частичного отсутствия зубов, осложненного повышенной стертостью твердых тканей зубов и снижением окклюзионной высоты
частичного отсутствия зубов обеих челюстей, когда не сохранилось ни одной пары антагонизирующих зубов
верно 1, 2 и 3
верно 1 и 2

#
263
К деформациям зубных рядов может привести
повышенная стираемость твердых тканей зубов
эрозия эмали
пародонтит
флюороз
верно 1 и 3
#
264
Периодонтальная щель у зубов, лишенных антагонистов
расширена
сужена
не изменена
деформирована
верно 1 и 4
#
265
Врожденными дефектами челюстно-лицевой области являются
гемангиомы
расщелины твердого неба
расщелины верхней губы
верно 1 и 2
верно 2 и 3
#
266
При потере основного антагониста зуб перемещается в направлении
вертикальном
вертикальном и медиальном
медиальном
вертикальном и дистальном
дистальном
#
267
Зубоальвеолярное удлинение более характерно для
жевательных зубов верхней челюсти
фронтальных зубов верхней челюсти
фронтальных зубов нижней челюсти
жевательных зубов нижней челюсти
одинаково для обеих челюстей (независимо от групповой принадлежности зубов)
#

268
Метод дезокклюзии применяется при
I форме зубоальвеолярного удлинения
II форме зубоальвеолярного удлинения
I и II формах зубоальвеолярного удлинения
при заболеваниях пародонта
верно 2 и 4
#
269
Цели ортопедического лечения больных с приобретенными дефектами неба
разобщение полости рта и полости носа
восстановление функций дыхания, жевания, глотания
восстановление фонетики
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#
270
При отсутствии явлений перестройки с помощью метода дезокклюзии применяют аппаратно-хирургический метод, если первый не дает положительного результата в течение
недели
2 недель
3-4 недель
3 месяцев
6 месяцев
#
271
Причины, приводящие к приобретенным дефектам челюстно-лицевой области
огнестрельная травма
спортивная травма
бытовая травма
производственная травма
верно 1-4
#
272
Врожденными дефектами челюстно-лицевой области являются
злокачественные новообразования
расщелины твердого неба
расщелины верхней губы
верно 1 и 2
верно 2 и 3

#
273
Заболевания, приводящие к дефектам челюстно-лицевой области
остеомиелит
актиномикоз
туберкуле
пародонтит
верно 1, 2 и 3
#
274
В челюстно-лицевой ортопедии выделяют группы лечебных аппаратов
фиксирующие
замещающие
формирующие
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#
275
Причины, приводящие к приобретенным дефектам челюстно-лицевой области
огнестрельные травмы
производственные травмы
онкологические заболевания
пародонтит
верно 1, 2 и 3
#
276
Врожденными дефектами челюстно-лицевой области являются
заеда
расщелины твердого неба
расщелины верхней губы
верно 1 и 2
верно 2 и 3
#
277
Заболевания, приводящие к дефектам челюстно-лицевой области
остеомиелит
туберкулез
сифилис
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#

278
Причины, приводящие к приобретенным дефектам челюстно-лицевой области
спортивные травмы
бытовые травмы
онкологические заболевания
пародонтит
верно 1, 2 и 3
#
279
Дефекты твердого и мягкого неба делятся на
врожденные
травматические
приобретенные
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
280
Этиологические факторы приобретенных дефектов неба
воспалительные процессы
онкологические заболевания
травмы
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#
281
При дефектах неба формируется дыхание
слабое поверхностное
глубокое сильное
свистящее
Чейна-Стокса
с высоким тимпаническим звуком
#
282
Цели ортопедического лечения больных с приобретенными дефектами неба
разобщение полости рта и полости носа
восстановление функций дыхания, жевания, глотания
поддержка мягких тканей, потерявших костную основу
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#
283

Разобщающие пластинки при лечении дефектов неба должны
плотно входить в дефект неба
не входить в дефект неба
отделять полость рта от полости носа
шинировать зубы
верно 2 и 3
#
284
Ортопедическое лечение больных с дефектом неба восстанавливает произношение фонем
з, с
ж, ш
б, п
м, н
верно 1 и 2
#
285
Несъемный мостовидный протез состоит из
опорных элементов
опорных элементов и промежуточной части
опорных элементов и промежуточной части и базиса
промежуточной части базиса
опорных элементов и базиса
#
286
При изготовлении консольного мостовидного протеза отрицательным моментом является
необходимость депульпирования опорных зубов
препарирование большого количества зубов
неудовлетворительное эстетическое качество
телескопические коронки, опорно-удерживающие кламмеры
опорно-удерживающие кламмеры
#
287
Классификация мостовидных протезов по материалу изготовления
цельнолитые, полимеризованные, паяные
паяные, пластмассовые, комбинированные
комбинированные, металлические, неметаллические
неметаллические, металлокерамические, фарфоровые
фарфоровые, металлоакриловые, полимеризованные
#

288
Опорными частями несъемного мостовидного протеза могут являться
коронки
вкладки
кламмеры
телескопические коронки
верно 1 и 2
#
289
При выборе конструкции мостовидного протеза учитывают
топография дефекта зубного ряда
состояние пародонта зубов-антагонистов
величину дефекта зубного ряда
состояние пародонта опорных зубов
верно 1-4
#
290
Противопоказания к изготовлению консольного мостовидного протеза
подвижность опорных зубов
концевой дефект зубного ряда
большая протяженность дефекта зубного ряда
прогенический прикус
верно 1, 2 и 3
#
291
Формы промежуточной части мостовидного протеза
седловидная, промывная, касательная
промывная, цельнолитая, диаторическая
касательная, перекрестная, с гирляндой
седловидная, перекрестная, диаторическая
цельнолитая,
#
292
Промежуточная часть мостовидного протеза в области боковых зубов
касается десны по всей поверхности
касается десны в двух точках
касается десны в одной точке
не касается десны
верно 1 и 2
#
293

Форма тела мостовидного протеза в области боковых зубов по отношению к десне
касательная
промывная
седловидная
может быть любой
зависит от протяженности дефекта зубного ряда
#
294
Форма тела мостовидного протеза в области фронтальных зубов по отношению к десне
касательная
промывная
седловидная
может быть любой
зависит от протяженности дефекта зубного ряда
#
295
все боковые стенки опорных зубов при изготовлении паянного мостовидного протеза препарируются
с наклоном в сторону дефекта
параллельно
с наклоном в сторону от дефекта
произвольно
механическим наконечником
#
296
Моделирование тела паянного мостовидного протеза производится
перед моделированием опорных коронок
на этапе припасовки опорных коронок на модели
одновременно с моделированием опорных коронок
после этапа припасовки опорных коронок в клинике
после препарирования опорных зубов
#
297
Моделирование тела металлокерамического мостовидного протеза производится
перед моделированием опорных коронок
на этапе моделирования опорных коронок
на этапе припасовки опорных коронок на модели
одновременно с моделированием опорных коронок
до снятия силиконового оттиска
#

298
Моделирование тела цельнолитого мостовидного протеза производится
перед моделированием опорных коронок
на этапе припасовки опорных коронок на модели
одновременно с моделированием опорных коронок
после этапа припасовки опорных коронок в клинике
до препарирования опорных зубов
#
299
Одонтопародонтограмма дает возможность судить о
состоянии костной ткани пародонта
состоянии слизистой оболочки полости рта
степени разрушения коронок зубов
степени разрушения коронок зубов
количестве витальных зубов
#
300
Топография периферической фиброзной зоны податливости слизистой оболочки (по Люнду)
срединная часть твердого неба
альвеолярный отросток
дистальная треть твердого неба
переходная складка
область небных складок

#
1
Площадь стоматологического кабинета должна составлять минимально на одно кресло (м <sup>2</sup> )
4,5
18
16,5
15
14
7
#
2
Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают
зеркала, изделия из стекла
наконечники
боры
одноразовые шприцы
перевязочный материал
#
3
В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты
пинцет, зонд
зеркало, пинцет
зонд, шприц
зеркало, шприц
ватные шарики
#
4
Автоклавированием стерилизуются
зеркала
марлевые тампоны, наконечники
одноразовый шприц
пластмассовый шпатель
боры
#
5
Средства, используемые для холодной стерилизации стоматологических зеркал
2,5
1% раствор перекиси водорода
6% раствор перекиси водорода
2% новокаина
0,5% раствор хлорамина
96% этиловый спирт
#

6
С помощью амидопириновой пробы определяют
остатки крови на инструментах
остатки моющих средств
стерильность инструментов
наличие жира
наличие углеводов
#
7
Подвижность зубов определяют с помощью инструмента
зеркала
углового зонда
пинцета
экскаватора
шпателя
#
8
К первому этапу препарирования кариозной полости относится
антисептическая обработка
кюретаж
раскрытие кариозной полости
некрэктомия
формирование
#
9
Целью некрэктомии при препарировании кариозной полости является
создание контактного пункта
исключение рецидива кариеса
восстановление формы зуба
восстановление функции зуба
финирование полости
#
10
Целью формирования кариозной полости является
восстановление анатомической формы зуба
восстановление функции зуба
создание контактного пункта
создание условий для фиксации пломбы
удаление некротизированного дентина
#
11
Изолирующая прокладка покрывает в кариозной полости

дно
стенки
эмаль
дно и стенки
углы
#
12
Травление твердых тканей зуба проводят с целью
реминерализации
диагностики кариеса
улучшения адгезии
обезболивания
склерозирования
#
13
Показаниями к пломбированию кариозных полостей серебряной амальгамой являются классы по Блэку
I, II
III, IV
I, III
III, V
III, VI
#
14
Лампы галогенового света используют для
дезинфекции операционного поля
высушивания полости рта
реминерализации эмали
дезинфекции кабинета
полимеризации композита
#
15
Для адгезии композитного материала при реставрации полостей применяется
фосфат-цемент
бондинговая система
37% фосфорная кислота
паста на основе гидроксида кальция
искусственный дентин
#
16
Основным недостатком пластических нетвердеющих материалов для корневых каналов является

противовоспалительное действие
бактерицидное действие
рассасывание в корневом канале
стимуляции репаративных процессов
противоэкссудативное действие
#
17
Жидкотекучие композиты вводят в полость в мм
1-2
5
более 2
1
менее 2
#
18
Усадка светоотверждаемого композита происходит в сторону
источника света
полости рта
вестибулярную
оральную
окклюзионную
#
19
Оптимальная толщина наложения порции светоотверждаемого композиционного материала составляет в мм
1,5-2
3
3-4
4-5
6-7
#
20
Наложение композита химического отверждения производится слоем (слоями)
одним
двумя
тремя
четырьмя
пятью
#
21
Усадка композита химического отверждения происходит в сторону

оральную
вестибулярную
источника света
полости зуба
равномерно по объему
#
22
Наложение светоотверждаемых пломб противопоказано при наличии
полостей I класса
полостей II класса
полостей III класса
кардиостимулятора
полостей IV класса
#
23
Антидотом мышьяковистой кислоты являются
препараты йода
метронидазол (трихопол)
препараты брома
облепиховое масло
витамин А
#
24
Мышьяковистая паста классической прописи в 3.7 зуб накладывается на время
24 часа
48 часов
3 суток
5-6 суток
7 суток
#
25
При пломбировании корневого канала используют инструмент
Н-файл
спредер
развертку
пульпоэкстрактор
штифт
#
26
Для импрегнационного метода используют раствор
камфора-формалина
резорцин-формалина

фенол-фармолина
«царскую водку»
гипохлорит натрия
#
27
Для химического расширения корневого канала используют медикаментозные препараты
ЭДТА
глюконат кальция
марганцово-кислый калий
формалин
йодиол
#
28
Гуттаперчевые штифты вводят в корневой канал для
абсорбции влаги
дезинфекции канала
пломбирования
оттока экссудата
расширения
#
29
Для медикаментозной обработки корневого канала противопоказано применение
раствор ЭДТА
гипохлорита натрия
перекиси водорода
соляной кислоты
хлоргексидина
#
30
Для прохождения корневого канала по длине применяют
К – ример
К – файл
Н – файл
пульпэкстрактор
каналонаполнитель
#
31
Для расширения корневого канала по диаметру применяют
корневую иглу
пульпэкстрактор
К – ример

К – файл, Н – файл
каналонаполнитель
#
32
Символом К – примера является
треугольник
квадрат
ромб
круг
трапеция
#
33
Символом К – файла является
треугольник
квадрат
ромб
круг
трапеция
#
34
Осложнением при эндодонтическом лечении является
отлом инструмента в канале
создание апикального упора
пломбирование корневого канала до физиологического отверстия
создание конусности канала
формирование кариозной полости
#
35
Ошибкой при лечении пульпита биологическим методом является
вскрытие полости зуба
наложение лечебной прокладки
полное удаление некротизированного дентина
раскрытие кариозной полости
формирование кариозной полости
#
36
В 60-е годы XX века композитные материалы разработал и внедрил
Блек
Бовен
Буонакоре
Буш
Миллер

#
37
Для определения распространенности и интенсивности кариеса нужно знать
СРІТН
РМА
ИДЖ
КПУ
УИГ
#
38
Критерием окончательного препарирования кариозной полости является
наличие размягченного дентина на дне и стенках кариозной полости
наличие пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости
наличие пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости, окрашивающегося детектором кариеса
наличие светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости без окрашивания детектором кариеса
наличие пигментированного дентина на стенках и размягченного дентина на дне кариозной полости
#
39
Кариозный процесс развивается при
равновесии ре – и деминерализации
преобладании деминерализации
отсутствии реминерализации
дисминерализации
реминерализации
#
40
Реминерализирующая терапия – это
методика пломбирования
методика реставрации
методика искусственного насыщения эмали минерализующими компонентами
методика искусственного насыщения эмали органическими компонентами
методика устранения смазанного слоя
#
41
Лечение глубокого кариеса включает этап
препарирование кариозной полости
медикаментозной обработки
наложение лечебной прокладки
наложение постоянной пломбы

кондиционирования дентина
#
42
Переход дна кариозной полости к боковой стенке должен быть под углом в
40 <sup>0</sup>
60 <sup>0</sup>
90 <sup>0</sup>
110 <sup>0</sup>
120 <sup>0</sup>
#
43
Скос эмали под 45 <sup>0</sup> создается для
увеличения адгезии и линии маскировки
обезболивания
уменьшения токсичности материала
устранения смазанного слоя
увеличения гидрофобности эмали
#
44
Безболезненность при среднем кариесе объясняется
некрозом пульпы
отсутствием чувствительной иннервации в дентине
разрушением наиболее чувствительной зоны (эмалево-дентинного соединения)
воспалением пульпы
воспалением периодонта
#
45
Правильный подбор цвета реставрационного материала проводится при
свете галогенового светильника стоматологической установки
искусственном освещении в вечернее время
идеально высушенной поверхности зуба
нейтральном дневном освещении
ярком солнечном свете
#
46
Расстояние между излучателем света и пломбировочным материалом не более
5мм
10мм
15мм
20мм
25мм
#

47
Недостаточное удаление некратизированного дентина со дна и стенок кариозной полости может привести
к случайному вскрытию полости зуба
к облому стенки кариозной полости
рецидивирующему кариесу
некроз пульпы
воспалению периодонта
#
48
Для реставрации фронтальных зубов используют
амальгаму
силикофосфатный цемент
силикатный цемент
композиты химического и светового отверждения
поликарбоксилатный цемент
#
49
Материалы для лечебных прокладок должны
обеспечивать прочную связь подлежащего дентина и пломбировочного материала
оказывать противовоспалительное, противомикробное, одонтотропное действие
разрушаться под действием дентинной жидкости
обеспечивать кондиционирование дентина
обеспечивать эстетику реставрации
#
50
При остром очаговом пульпите зондирование кариозной полости наиболее болезненно в области
всего дна кариозной полости
проекции одного из рогов пульпы
эмалево-дентинного соединения
пришеечной
эмали
#
51
Электровозбудимость пульпы при остром очаговом пульпите (мкА)
2-6
10-12
15-25
30-60
выше 100
#

52
Иррадиация боли по ходу ветвей тройничного нерва является симптомом пульпита
острого очагового
острого диффузного
хронического фиброзного (ремиссия)
хронического гипертрофического (ремиссия)
хронического гангренозного (ремиссия)
#
53
Приступы самопроизвольной боли возникают при
среднем кариесе
остром пульпите
хроническом пульпите
остром периодонтите
глубоком кариесе
#
54
Воспаление пульпы в течение 48 часов после альтерации имеет характер
острого диффузного пульпита
обострения хронического пульпита
обострения хронического фиброзного пульпита
обострения хронического гангренозного пульпита
обострения хронического гипертрофического пульпита
#
55
Обширное сообщение кариозной полости с полостью зуба, зондирование коронковой части пульпы практически безболезненно является симптомом пульпита
острого диффузного
хронического фиброзного
хронического гипертрофического
хронического гангренозного
острого очагового пульпита
#
56
Для обострения хронического пульпита характерна
приступообразная боль от всех видов раздражителей, сохраняющаяся после их устранения
ноющая боль от различных раздражителей, преимущественно от горячего, сохраняющиеся после устранения действия, боль от перемены температур
боль ноющего характера от различных раздражителей, кровоточивость при приеме пищи

приступообразная боль в зубе самопроизвольного характера, продолжительная боль от внешних раздражителей, боль при накусывании на зуб при аналогичных жалобах в прошлом
приступообразная, ночная, самопроизвольная боль с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва
#
57
В этиологии пульпита основную роль играют
фузобактерии
спирохеты
гемолитические и негемолитические стрептококки
лактобактерии
простейшие
#
58
При хроническом гипертрофическом пульпите в пульпе происходит
некроз ткани пульпы
фиброзное перерождение пульпы
значительное разрастание грануляционной ткани
уменьшение количества волокнистых элементов
развитие отека и полнокровия
#
59
Дифференциальный диагноз обострения хронического пульпита проводится с
глубоким кариесом
острым, обострившимся хроническим периодонтитом
хроническим фиброзным периодонтитом в стадии ремиссии
альвеолитом
острыми формами пульпита
#
60
Методика пломбирования каналов методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи предполагает
введение в канал одного центрального штифта
введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией
#
61
Рентгенологические изменения в 30% случаях встречаются при пульпите

остром очаговом
остром диффузном
хроническом фиброзном
хроническом гангренозном
хроническом гипертрофическом
#
62
Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами до 0,5см соответствует рентгенологической картине
хронического фиброзного периодонтита
хронического гранулематозного периодонтита
хронического гранулирующего периодонтита
кистогранулемы
хронического гангренозного пульпита
#
63
Абсолютным показанием к лечению хронического периодонтита в одно посещение является
хронический гранулематозный периодонтит однокорневого зуба
острый периодонтит однокорневого зуба
хронический фиброзный периодонтит
хронический гранулирующий периодонтит однокорневого зуба при наличии свищевого хода
хронический гранулирующий периодонтит многокорневого зуба
#
64
Некачественное пломбирование канала на 1/2-1/3 длины корня
требуется повторного эндодонтического лечения
не требует дополнительного вмешательства
требуется резекции верхушки корня
требуется удаления зуба
требуется реплантации зуба
#
65
Наиболее редко дает обострение хронический периодонтит
гранулирующий
гранулематозный
фиброзный
кисторанулема
нет зависимости от формы периодонтита
#
66

Консервативное лечение периодонтита может быть успешным в случае, когда
канал запломбирован не полностью
периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
канал запломбирован полностью
зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку
канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку корня
#
67
Гипоплазия твердых тканей зубов – это
эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде
порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
сращение, слияние и раздвоение зубов
нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии
#
68
Несовершенный амелогенез – это
эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде
порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
сращение, слияние и раздвоение зубов
нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии
#
69
Клиническая картина эрозии зуба – это
дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
дефект форме клина у шеек зубов на щечных и губных поверхностях
овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки
потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта
пятно белого или желтоватого оттенка на всей поверхности эмали
#
70
Повышение эффективности пломбирования эрозии зубов требует

более длительного протравления поверхности эрозии, чем при кариесе
препарирование только твердосплавными борами
использования пломбировочных материалов без предварительного протравления
реминерализирующей терапии
пломбирования только стеклоиономерными цементами
#
71
Меловидно-крапчатая форма флюороза
наличие хорошо выраженных меловидных пятен без полосок
появлением небольших меловидных полосок-штрихов
хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием
изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания
#
72
Гипопластические изменения коронки в виде поперечной борозды
волнистая форма
точечная форма
бороздчатая форма
лестничная форма
аплазия
#
73
Классификация флюороза, включающая 5 форм, предложена
Бобович Р.Д.
Новиков И.О.
Патрикеев В.К.
Овруцким Г.Д.
Николишиным А.К.
#
74
Устойчивость к отбеливанию сохраняют
зубы с каналами, запломбированными эндометазоновой пастой
«тетрациклиновые зубы»
зубы с гипопластическими изменениями
зубы, измененные под воздействием избытка фтора
зубы, измененные в цвете в результате травмы
#
75
Эмаль нормальной толщины с беспорядочно разбросанными ямками характерна для

аутосомно-доминантного ямочного гипопластического амелогенеза
аутосомно-доминантного местного гипопластического неполноценного амелогенеза
аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза
аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза
X- сцепленного (доминантного) гладкого неполноценного амелогенеза
#
76
Тонкая (1/4-1/8 нормальной толщины) твердая эмаль с грубой гранулообразной поверхностью характерна для
аутосомно-доминантного ямочного гипопластического амелогенеза
аутосомно-доминантного местного гипопластического неполноценного амелогенеза
аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза
аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза
X- сцепленного (доминантного) гладкого неполноценного амелогенеза
#
77
Зубы Гетчинсона – это проявление
системной гипоплазии
местной гипоплазии
флюороза
стирания
кариеса
#
78
Доза фтора в питьевой воде, при которой развивается деструктивная форма флюороза (мг/л)
5
1
2-3
4-6
7-8
более 10
#
79
При несовершенном дентиногенезе (синдроме Стейнтона-Кандепона) поражены
все молочные зубы
молочные и постоянные премоляры
молочные и постоянные моляры
молочные и постоянные резцы

все молочные и постоянные зубы
#
80
Патологическое стирание, вызванное наследственным формированием неполноценных структур, наблюдается при
флюорозе
гипоплазии
несовершенном амело- и дентиногенезе
истирании
кислотном некрозе
#
81
Пародонтом называют комплекс тканей, состоящий из
десны, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба
десны, костной ткани альвеолы, периодонта и цемента корня зуба
десны, костной ткани альвеолы, шарпеевских волокон и цемента корня зуба
десны, круговой связки, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба
десны, круговой связки зуба, альвеолярного гребня, периодонта и клеточного цемента корня зуба
#
82
Функция пародонта, которая направлена на удержание зуба в альвеоле, поддержании зубодесневого соединения, перераспределении жевательного давления на стенки альвеолы
барьерная
трофическая
пластическая
регулирующая, нейросенсорная
амортизирующая, опорно-удерживающая
#
83
Ранним клиническим признаком воспаления пародонта является
клинический карман 3мм
симптом кровоточивости десны
патологическая подвижность зуба
неудовлетворительная гигиена полости рта
изменение цвета и формы десневого сосочка
#
84
Рентгенологический метод исследования позволяет определить
содержимое пародонтальных карманов
уровень резорбции альвеолярной кости

регионарную гемодинамику в пародонте
парциальное давление кислорода в тканях
интенсивность и распространенность воспалительных изменений
#
85
Гингивит – это заболевание
воспалительное
воспалительно-дистрофическое
дистрофическое
инфекционное
опухолевидное
#
86
Индекс ПМА определяет тяжесть
гингивита
пародонтита
пародонтоза
пародонтолиза
стоматита
#
87
Ранним клиническим признаком воспаления в десне является
деформация десневых сосочков
карман до 3 мм
карман 4 мм
кровоточивость при зондировании
карман 5 мм и более
#
88
При пародонтите карман определяется
клинически
гистологически
рентгенологически
люминесцентно
пальпаторно
#
89
Отсутствие контактного пункта между зубами может привести к пародонтиту
локализованному
генерализованному
ювенильному
быстро прогрессирующему

верно и 2 и 4
#
90
Метронидазол является средством этиотропного лечения
пародонтита
гипертрофического гингивита
катарального гингивита
язвенно-некротического гингивита
фиброматоза
#
91
Пародонт – это
зуб, десна, периодонт
десна, периодонт, кость альвеолы
десна, периодонт, кость альвеолы, цемент корня
десна периодонт, кость альвеолы, дентин корня
десна, кость альвеолы
#
92
Зуб в десне – характерная жалоба пациента при
катаральном гингивите
гипертрофическом гингивите
язвенно-некротическом гингивите
пародонтите
пародонтозе
#
93
Для уменьшения гиперестезии твердых тканей зубов при пародонтозе используют зубные пасты
гигиенические
противовоспалительные
реминерализующие
солевые
ферментосодержащие
#
94
Слизистая оболочка полости рта состоит из
5 слоев
4 слоев
3 слоев
2 слоев
1 слоя

#
95
К первичным элементам поражения относятся
пузырь
эрозия
афта
рубец
трещина
#
96
К вторичным элементам поражения относятся
чешуйка
бугорок
узелок
узел
пятно
#
97
Диагностическими клетками при остром герпесе является
гигантские многоядерные клетки
акантолитические клетки Тцанка
клетки Лангханса
многоядерные полиморфные клетки
ксантомные клетки
#
98
Для подтверждения диагноза «вульгарная пузырчатка» используют дополнительный метод исследования
аллергологический
бактериоскопический
цитологический
рентгенологический
клинический анализ крови
#
99
Для подтверждения диагноза «кандидоз» используют дополнительный метод исследования
аллергологический
рентгенологический
бактериоскопический
цитологический
серологический

#
100
К основным методам обследования относятся
рентгенологическое обследование
цитологическое исследование
общий клинический анализ
осмотр полости рта
иммунологическое исследование
#
101
При исследовании регионарных лимфатических узлов необходимо определить их
гиперемию
болезненность
обцедирования
площадь
форму
#
102
В многослойном плоском эпителии десны выделяют слои
базальный
базальный, шиповидный
базальный, шиповидный, зернистый
базальный, шиповидный, зернистый, звездчатый
базальный, шиповидный, зернистый, роговой
#
103
Патологический процесс в слизистой оболочке полости рта, приводящий к развитию симптома Никольского
акантоз
акантолиз
спонгиоз
гиперкератоз
паракератоз
#
104
Поверхностный дефект эпителия слизистой оболочки полости рта
язва
эрозия
трещина
рубец
узелок
#

105
Акантолические клетки находят в цитологическом препарате при
плоском лишае
вульгарной пузырчатке
многоформной экссудативной эритеме
сифилисе
простом герпесе
#
106
Линейный дефект слизистой оболочки
афта
трещина
язва
эрозия
бляшка
#
107
Дополнительные методы обследования при травматической язве
проба Кулаженко
аллергологический
цитологический
проба Ясиновского
соскоб на наличие грибов Candida
#
108
Цитологическая картина при травматической язве характеризуется наличием
атипичных клеток эпителия
элементов воспаления
акантологических клеток
клеток Лангханса
гигантских многоядерных клеток
#
109
Признаки озлокачествления травматической язвы
изменение размеров язвы
блюдцеобразная форма язвы
эозинофилия
уплотнение краев и дна язвы
изменение цвета окружающих тканей
#
110
Лечение травматической язвы включает

хирургическое иссечение участка поражения
прижигание раствором бриллиантового зеленого
антисептическую обработку и аппликацию эпителизирующих средств
устранение травмирующих факторов
устранение травмирующих факторов, антисептическую обработку, аппликацию эпителизирующих средств
#
111
Имеют тенденцию к озлокачествлению язвы
трофическая
сифилистическая
туберкулезная
травматическая
афта Сеттона
#
112
Профилактика хронической механической травмы включает
диету
своевременную коррекцию съемных протезов
прием поливитаминов
замену металлических коронок на металло-керамические
исключение курения и приема алкоголя
#
113
Возможные осложнения, возникающие после наложения мышьяковистой пасты
декубитальная язва
трофическая язва
щелочный некроз
кислотный некроз
демнерализация тканей зуба
#
114
Меры предупреждения ожога слизистой оболочки рта при использовании 3% раствора гипохлорита натрия
применение коффердама
применение слюноотсоса
полоскание раствором бикарбоната натрия
применение пылесоса
применение пылесоса, слюноотсоса
#
115
Наличие гальванического тока в полости рта может приводить к появлению

жжения и сухости слизистой оболочки полости рта
герпетических эрозий
папилломатозных разрастаний
пузырей на слизистой оболочке рта
очагов деминерализации эмали зубов
#
116
Гальваноз появляется при наличии в полости рта
разнородных металлов
однородного металла и пластмассы
однородного металла и композитных материалов
съёмных и несъёмных ортопедических конструкций
пломб из композитных материалов светового и химического отверждения
#
117
Металлические конструкции в полости рта перед облучением целесообразно
снять
заменить на керамические
заменить на пластмассовые
покрыть пластмассовыми каппами
оставить без изменения
#
118
Пломбы из композитного материала светового отверждения перед лучевой терапией целесообразно
заменить на пломбы из композитного материала химического отверждения
покрыть радиопротектором
заменить на пломбы из стеклоиномерного цемента
покрыть пластмассовыми каппами
оставить без изменения
#
119
Острый герпетический стоматит является заболеванием
вирусным
бактериальным
грибковым
аутоиммунным
аллергическим
#
120
Первичный элемент поражения при остром герпетическом стоматите носит название

афта
корка
папула
эрозия
пузырек
#
121
Вторичный элемент поражения при остром герпетическом стоматите носит название
афта
папула
эрозия
пузырек
чешуйка
#
122
Возбудитель хронического рецидивирующего герпетического стоматита
актиномицеты
палочка Леффлера
дрожжеподобные грибы
вирус простого герпеса
фузоспирохета Венсана
#
123
Препарат, обладающий противовирусной активностью
нистатин
дибазол
трихопол
ацикловир
цифран
#
124
Синдром приобретенного иммунодефицита является заболеванием
аллергическим
грибковым
бактериальным
вирусным
аутоиммунным
#
125
Источником ВИЧ- инфекции является

крупный рогатый скот
человек носитель-ВИЧ
кровососущее насекомое
птица
грызун
#
126
Инкубационный период ВИЧ-инфекции составляет
от 3 до 12 часов
от 3 до 12 дней
от 3 до 12 недель
от 3 до 12 месяцев
от 3 до 12 лет
#
127
Пути передачи инфекции при сифилисе
воздушно-капельный
через рукопожатие
алиментарный
половой
верно 2 и 3
#
128
Инкубационный период при сифилисе
7-10 дней
14-17 дней
21-28 дней
3-6 недель
1 год
#
129
Первичный сифилис на СОПР проявляется как
папулезный сифилид
твердый шанкр
творожистый налет
гумма
пятнистый сифилид
#
130
Дифференциальную диагностику сифилиса в полости рта проводят с
плоским лишаем
десквамативным глосситом

глоссалгией
невралгией тройничного нерва
верно 1 и 2
#
131
Язвенно-некротический гингивит Венсана относят к заболеваниям
вирусным
аллергическим
бактериальным
аутоиммунным
неврогенным
#
132
Элементы поражения при язвенно-некротическом гингивите Венсана
пятно
афта
налет
эрозия
язва
#
133
Средства местного лечения язвенно-некротического гингивита Венсана
раствор 0,05% хлоргексидина
гель метрогил-дента
трипсин
индометационовая мазь
верно 1, 2 и 3
#
134
К грибковым заболеваниям полости рта относят
опоясывающий лишай
кандидоз
ящур
многоформная экссудативная эритема
лейкоплакия
#
135
Элемент поражения при кандидозе
эрозия
папула
пятно
налет

бугорок
#
136
Оптимальная среда для развития Candida
щелочная
нейтральная
кислая и нейтральная
кислая
щелочная и нейтральная
#
137
Противогрибковым эффектом обладает
раствор поваренной соли
эмульсия гидрокортизона
раствор перманганата
раствор перекиси водорода
йод
#
138
Отек Квинке имеет природу
токсико-аллергическую
инфекционно-аллергическую
инфекционно-токсическую
аутоиммунную
инфекционную
#
139
Факторы Вызывающие лекарственную аллергию
стресс
курение
прием лекарственного препарата
апликация медикамента на СОПР
верно 3 и 4
#
140
Жалобы больного при контактной аллергии в полости рта
на зуд и жжение
на запах изо рта
на сухость
кровоточивость десен
верно 1 и 3
#

141
Тяжелые формы многоформной экссудативной эритемы
синдром Бехчета
афтоз Сеттона
синдром Шегрена
синдром Розенталя
синдром Стивенса-Джонсона
#
142
Локализация элементов на коже при многоформной экссудативной эритеме
тыльная поверхность ладоней и предплечья
спина и шея
волосистая часть головы
тыльная поверхность ладоней и голени
спина, шея и волосистая часть головы
#
143
Многоформную экссудативную эритему дифференцируют с
вторичным сифилисом
герпангиной и пузырьно-сосудистым синдромом
острым герпетическим стоматитом и вульгарной пузырчаткой
кандидозом и плоским лишаем
лейкоплакией и кандидозом
#
144
Профилактические мероприятия в период ремиссии многоформной экссудативной эритемы
регулярная иммунизация детей и взрослых
устранение очагов хронической инфекции
устранение аномалий прикуса
гирудотерапия
иглорефлексотерапия
#
145
Клинические признаки, характерные при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите
длительно не заживающие одиночные язвы, склонные к рубцеванию
на слизистой оболочке множественные эрозии и афты, склонные к слиянию
эрозии с фестончатыми краями, чаще на твердом небе, десне, красной кайме губ
пузыри, эрозии, корки, симптом Никольского положителен
на слизистой оболочке полости рта 1-3 афты
#

146
Пораженные участки при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите обрабатывают
раствором анестетика
растворами анестетика и ферментов
растворами анестетика, ферментов и антисептиков
растворами анестетика, ферментов, антисептиков, жидкостью Кастеллани
растворами анестетики, ферментов, антисептиков, кератопластиков
#
147
Общее лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита
антибиотики
гормональные препараты
сульфаниламиды
средства, повышающие резистентность организма
седативные препараты
#
148
Общее профилактическое мероприятие, проводимое при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите
лечение заболеваний пищеварительной системы
лечение эндокринных заболеваний
лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы
физиотерапия
психотропное лечение
#
149
Глоссалгия – это заболевание
инфекционное
аллергическое
психогенное
наследственное
вирусное
#
150
Жалобы больного глоссалгией
боль при приеме раздражающей пищи
жжение в языке, исчезающее при приеме пищи
чувство «ошпаренности» языка
боль в языке при движениях
верно 2 и 3
#

151
Сосочки языка
нитевидные и листовидные
нитевидные и грибовидные
нитевидные, грибовидные, листовидные
нитевидные, грибовидные, листовидные, желобоватые
нитевидные, грибовидные, листовидные, желобоватые, грушевидные
#
152
Синонимы названия десквамативного глоссита
ромбовидный глоссит
«географический язык»
ворсинчатый язык
Гюнтеровский глоссит
макроглоссит
#
153
Складчатый язык – это
последствие приема острой пищи
результат хронической травмы зубами
врожденная аномалия развития
осложнение сердечно-сосудистой патологии
следствие гормональных нарушений
#
154
В развитии черного волосатого языка имеет значение
употребление горячей пищи
курение
неудовлетворительная гигиена
несонированная полость рта
стресс
#
155
Гюнтеровский глоссит - это
складчатый язык
черный волосатый язык
десквамативный глоссит
ярко-красный, болезненный, «полированный» язык
ромбовидный
#
156
Первичный элемент поражения при плоском лишае

пузырек
пузырь
узелок
узел
бугорок
#
157
Больных истинной пузырчаткой лечит специалист
онколог
стоматолог
дерматолог
венеролог
эндокринолог
#
158
Очаг поражения на лице в форме «бабочки» отмечается при
лейкоплакии
плоском лишае
красной волчанке
пузырчатке
верно 2 и 3
#
159
Наиболее часто поражается трещинами
комиссура
верхняя губа
нижняя губа
периоральная кожа
слизистая оболочка губы
#
160
Гландулярный хейлит – это гиперплазия мелких желез
сальных
потовых
слюнных
слизистых
верно 1 и 2
#
161
Причины возникновения эксфолиативного хейлита
острая пища

вредные привычки (облизывания, кусание губ)
криодеструкции
электрокоагуляции
верно 1 и 4
#
162
Морфологические элементы поражения при эксфолиативной хейлите
эрозия
корочка
язва
чешуйка
пузырек
#
163
Пациенты с эксфолиативным хейлитом предъявляют жалобы на
повышение температуры тела
жжение
сухость
стянутость
верно 2, 3 и 4
#
164
Лечение эксфолиативного хейлита направлено на
коррекцию психоэмоциональной сферы
воздействие на вирус
размягчение и удаление чешуек
устранение местной нейродистрофии
верно 1, 3 и 4
#
165
Хроническая механическая травма и курение приводит к
гематоме
ссадине
лейкоплакия
хейлиту
кандидозу
#
166
Причины лейкоплакии Гаппейнера
хронический герпес
лекарственная аллергия
курение

гальваноз
гиперсаливация
#
167
Морфологические элементы поражения при лейкоплакии
узел
узелок
бляшка
бугорок
волдырь
#
168
Клиническая картина веррукозной формы лейкоплакии
ограниченный очаг серо-белого цвета в виде бляшек
пузырь с серозным содержимым
воспалительное пятно
эрозия
язва
#
169
Санация полости рта при лейкоплакии включает
избирательное шлифование
шинирование зубов
сошлифовывание острых краев зубов и пломб
повышение прикуса
пломбирование клиновидных дефектов
#
170
При неэффективности консервативного лечения лейкоплакии используют
иммунотерапию
радиотерапию
химиотерапию
гирудотерапию
криодеструкцию
#
171
Болезнь Боуэна относят к
дерматозам
облигатным предракам
факультативным предракам
вирусным заболеваниям
аллергическим состояниям

#
172
Морфологические элементы при болезни Боэнна
папула
пузырь
рубец
пятно
чешуйка
#
173
К облигатным предракам красной каймы губ относятся
лейкоплакия и папилломатоз
папилломатоз и кератоакантома
кератоакантома и кожный рог
кожный рог и болезнь Боуэна
ограниченный гиперкератоз и бородавчатый предрак
#
174
Локализации бородавчатого предрака
спинка языка
переходная складка
красная кайма нижней губы
твердое небо
десна
#
175
Элементы поражения при хейлите Манганотти
эрозия
чешуйка
рубец
трещина
налет
#
176
Отсутствие эпителизация эрозий при лечении хейлита Манганотти требует
прижигания
полного хирургического иссечения
химиотерапии
физиотерапии
радиотерапии
#
177

Кератоакантому слизистой оболочки полости рта относят к
факультативному предраку
облигатному предраку
дерматозам
раку
доброкачественным опухолям
#
178
Папиллома вызвана факторами
физическими
механическими
химическими
трофическими
радиологическими
#
179
Длительное ношение некачественного съемного пластиночного протеза приводит к развитию
актиномикоза
кандидоза
дисбактериоза
папилломатоза
мягкой лейкоплакии
#
180
Заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, склонные к озлокачествлению
сифилитическая папула
аллергический стоматит
хроническая трещина губ
десквамативный глоссит
химический ожог
#
181
Ограниченный очаг на красной кайме губ до 1 см в диаметре, конусовидной формы, темно-серого цвета, плотно спаяв в основании – это
кожный рог
кератоакантома
папиллома
бородавчатый предрак
фиброма
#

182
К методам лечения кожного рога и кератоакантомы относят
полное иссечение очага поражения
взятие биопсийного материала
лазеротерапию
иглотерапию
радиотерапию
#
183
Многослойный плоский эпителий слизистой оболочки полости рта в норме ороговеивает на
мягком небе
дне полости рта
щеках
губах
твердом небе
#
184
Основной метод обследования стоматологического больного
рентгенологический
цитологический
гистологический
сбор анамнеза
аллергологический
#
185
Ограниченное изменение цвета слизистой оболочки – это
бугорок
рубец
гнойничок
узелок
пятно
#
186
К дефектам слизистой оболочки относятся
волдырь
пятно
бугорок
узелок
афта
#
187

Папула, в переводе с латинского, - это
бугорок
узелок
узел
рубец
чешуйка
#
188
Линейный дефект слизистой оболочки – это
афта
язва
эрозия
трещина
чешуйка
#
189
Повреждение слизистой оболочки в пределах эпителия – это
эрозия
язва
чешуйка
корка
рубец
#
190
Лечебные мероприятия при $B_{12}$ – фолиеводефицитной анемии
назначение витамина $B_{12}$ peros
парентеральное введение $B_{12}$
гирудотерапия
назначение внутрь препаратов железа
верно 2 и 4
#
191
Плоский лишай относят
к дерматозам
к аллергическим состояниям
к бактериальным инфекциям
к вирусным инфекциям
к облигатным предракам
#
192
Вторичный элемент поражения при плоском лишае

бляшка
язва
эрозия
корка
верно 1, 2 и 3
#
193
Атипичная форма плоского лишая локализуется на
щеке
губе
десне
языка
небе
#
194
Сочетание эрозивной формы плоского лишая с сахарным диабетом и гипертонической болезнью – это синдром
Гриншпана
Мелькерсона-Розенталя
Бехчета
Стивенса-Джонсона
Шегрена
#
195
Синдром Гришпана – тяжелое проявление
лейкоплакия
плоского лишая
хронического рецидивирующего афтозного стоматита
многоформной экссудативной эритемы
рецидивирующего герпеса
#
196
В цитологическом материале с эрозии при плоском лишае выявляют
атипичные клетки
акантолитические клетки Тцанка
клетки Пирогова-Лангханса
картину неспецифического воспаления
гигантские многоядерные клетки
#
197
К факультативным предракам относят форму плоского лишая
атипичную

эрозивно-язвенную
гиперкератотическую
экссудативно-гиперемическую
верно 2 и 3
#
198
Повышенное ороговение клеток эпителия
спонгиоз
паракератоз
гиперкератоз
акантоз
акантолиз
#
199
Диагностические клетки при истинной пузырчатке
Лангханкса
Тцанка
атипичные
гигантские многоядерные
верно 1 и 4
#
200
Красную волчанку относят к
доброкачественным новообразованиям
специфическим инфекциям
травматическим поражениям
вирусным заболеваниям
коллагенозам
#
201
К красной волчанке предрасполагает
вирус простого герпеса
сахарный диабет
кандидоз
инсоляция
снижение высоты нижнего отдела лица
#
202
Патологические процессы в эпителии при красной волчанке
гиперкератоз
акантолиз
атрофия

акантоз
верно 1 и 3
#
203
Для диагностики красной волчанкой показано исследование
свечение в лучах Вуда
гистологическое
цитологическое
бактериоскопическое
верно 1 и 2
#
204
Местное лечение красной волчанки
прижигающие средства
противогрибковые средства
санация полости рта
кортикостероидные средства
верно 3 и 4
#
205
Хроническая трещина губы является предраком
облигатным
факультативным
не является
cancer in situ
верно 1 и 4
#
206
Рецидивы хронических трещин губ возникают
тканевое вирусоносительство
неблагоприятные климатические условия
устойчивые вредные привычки
местная нейродистрофия
верно 2, 3 и 4
#
207
Ремиссия хронической трещины губы наступает
зимой
летом
весной
осенью
время года не имеет значение

#
208
После удаления чешуйки выявляется
эрозия
налет
язва
истонченный эпителий
рубец
#
209
В основе образования чешуек лежат патологические процессы в эпителии
акантолиз
гиперкератоз
паракератоз
баллонирующая дегенерация
спонгиоз
#
210
Признаки озлокачествления эрозивно-язвенной формы лейкоплакии
наличие фибринозного налета
воспаление вокруг очага поражения
появление жжения
уплотнение краев и основания очага поражения
гиперсаливация
#
211
Средства местного лечения плоской лейкоплакии
противовирусные препараты
антибактериальные мази
прижигающая терапия
кератопластические средства
содовые полоскания
#
212
К кератопластическим средствам относят
теброфеновую мазь
аспириновую мазь
масляный раствор витамина А
гепариновую мазь
бутадионовую мазь
#
213

При лечении эрозивно-язвенной формы лейкоплакии назначают
вакцинацию
УВЧ-терапию
эпителизирующие мази
прожигивающие средства
противогрибковые препараты
#
214
Бородавчатый предрак дифференцируют с
гландулярным хейлитом
папилломой
афтозным стоматитом
хроническим герпесом
кандидозом
#
215
Факторы, способствующие возникновению хейлита Манганотти
стресс
чешуйка
рубец
трещина
налет
#
216
При подозрении на хейлит Манганотти проводят
бактериоскопическое исследование
биохимическое исследование
общий клинический анализ
биопсию с гистологическим исследованием
полное иссечение с гистологическим исследованием
#
217
К дополнительным методам обследования при папилломатозе относятся
аллергические
цитологический
гистологический
проба Кулаженко
иммунологический
#
218
Методы лечения папилломатоза

лучевая терапия
хирургическое лечение
физиотерапия
химиотерапия
антигистаминная терапия
#
219
Онкологическую настороженность проявляют при
афтозном стоматите
пострентгеновском хейлите
вульгарной пузырчатке
десквамативном глоссите
глоссалгии
#
220
Хронический рецидивирующий афтозный стоматит дифференцируют с
острым герпесом
хроническим герпесом
многоформной экссудативной эритемой
вторичным сифилисом
язвенно-некротическим стоматитом
#
221
Лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита проводится
антибиотиками
противовирусными препаратами
противогрибковыми препаратами
кератопластиками
прижигающими препаратами
#
222
Средства для местного лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита
стрептоцидовая мазь
ацикловир
кератопластик
бонафтоновая мазь
гидрокортизоновая мазь
#
223
Боль в языке, проходящая во время еды, характерна для
невралгии тройничного нерва

глоссалгии
десквамативного глоссита
ромбовидного глоссита
черного волосатого языка
#
224
В норме ороговевают сосочки языка
нитевидные
грибовидные
листовидные
желобоватые
грушевидные
#
225
Десквамативный глоссит –это результат нарушений
гематопэтических
нервно-трофических
психогенных
сердечно-сосудистых
венозного оттока
#
226
Местное лечение десквамативного глоссита
обработка 30% раствором нирата серебра
полоскание 1% раствором цитраля
обработка раствором резорцина
смазывание тетрациклиновой мазью
втирание оксолиновой мази
#
227
Для складчатого языка характерно наличие
трещин
эрозий
складок
язв
гиперкератоза
#
228
Утолщение клеток шиповатого слоя
спонгиоз
гиперкератоз
акантоз

баллонирующая дегенерация
акантолиз
#
229
Латинское название пятна
nodus
ulcus
papula
macula
aphta
#
230
К острым травмирующим факторам относят
длительное раздражение острыми краями зубов
балансирующий съемный протез
нависающие края пломбы
случайное прикусывание
действие микротоков
#
231
К хроническим травмирующим факторам относят
случайное прикусывание
длительное раздражение острыми краями зубов
ранение острым предметом
воздействие кислоты
воздействие щелочи
#
232
Мышьяковистый некроз относят к
бактериальным инфекциям
специфическим инфекциям
протозойным заболеваниям
грибковым заболеваниям
травматическим поражениям
#
233
Воздействие гальванического тока на слизистую оболочку рта относят к травме
химической
острой механической
хронической механической
острой физической
хронической физической

#
234
При герпесе обнаруживают клетки
Тцанка
Лангханса
гигантские многоядернык
акантолитические
атипичные
#
235
Возбудитель опоясывающего лишая
актиномицеты
палочки Леффлера
вирус варицелла-зостер
вирус простого герпеса
фузоспирохета Венсана
#
236
Герпангина вызывается вирусом
Эпштейна-Барр
Коксаки
варицелла-зостер
простого герпеса
гриппа
#
237
Ящур является заболеванием
аллергическим
грибковым
бактериальным
вирусным
аутоиммунным
#
238
Диагноз ВИЧ-инфекции составляет
цитологического
гистологического
иммуноферментного анализа крови
биохимического анализа крови
серологического анализа крови
#
239

Кандидоз имеет природу
вирусную
инфекционно-аллергическую
травматическую
грибковую
радиологическую
#
240
Причина кандидоза
переохлаждение
стресс
неудовлетворительная гигиена полости рта
аллергия на антибиотики
дисбактериоз
#
241
В развитии многоформной экссудативной эритемы имеют значение профессиональные вредности
железородная пыль
каменноугольные смолы
силикатная пыль
свинцовая пыль
длительный контакт с красками и лаками
#
242
Элемент поражения при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите
пятно
папула
афта
пузырек
язва
#
243
Для девитализации пульпы используют
мышьяковистую пасту
резорцин-формалиновую смесь
камфора-фенол
гипохлорит натрия
унитиол
#
244
Метод полного сохранения жизнеспособности пульпы – это

витальная экстирпация
витальная ампутация
биологический метод
девитальная экстирпация
девитальная ампутация
#
245
Метод частичного сохранения пульпы в корневых каналах – это
девитальная экстирпация
девитальная ампутация
витальная ампутация
витальная экстирпация
биологический метод
#
246
Объективный осмотр при гиперестезии твердых тканей зуба показывает
пигментированные пятна на контактных поверхностях
дефект пределах эмали и пигментации, зонд не задерживается
средний дефект с размягченным дентином
значительный дефект твердых тканей со вскрытой полостью зуба
обнаженный дентин твердый. гладкий, блестящий иногда слегка пигментированный
#
247
Наиболее эффективным методом для снятия гиперестезии зубов
изготовление металлических вкладок и коронок
наложение композиционных пломбировочных материалов типа «Эвикрол»
обработка 20-30% раствором соляной или фосфорной кислоты
электрофорез 10% раствора глюконата кальция с аппликацией 4% раствора хлорида натрия
наложение пасты глицерофосфата кальция на глицерине наряду с приемом глицерофосфата кальция во внутрь
#
248
При лечении гиперестезии твердых тканей зуба используется
закрытие слепых ямок и фиссур герметиками
использование комплектов (ЭДТА и др.)
реминерализующие препараты (фторлак., глицерофосфат кальция и др.)
применение муцифицирующих паст
#
249

Укажите причины возникновения кислотного некроза
воздействие факторов механических (зубная щетка)
интоксикация фтором организма
аномалии закладки твердых тканей зуба
профессиональные воздействия у лиц работающих на химических предприятиях
различные заболевания тканей пародонта
#
250
Какие местные методы лечения кислотного некроза зубов знаете
использование фтористых соединений (2% фторид натрия, 75% фтористая паста препараты, содержащие кальций)
изготовление вкладок и коронок
обработка 20-30% растворами солями и фосфорной кислоты
электрофорез 3% йодида калия или 5% раствором йода
закрытие слепых ямок и фиссур герметиками
#
251
Профилактикой кислотного некроза зубов является
дефторирование питьевой воды и пломбирование зубов
гигиена полости рта и ограничение употребление углеводов
соблюдение техники безопасности, обработка зубов фтористыми препаратами и реминерализующими растворами полость рта
закрытие слепых ямок и фиссур герметиками
предупреждение системных заболеваний, которые вызывают нарушения обмена веществ
#
252
Флюороз- это заболевание связанное
с недостатком фтора
с заболеваниями внутренних органов
с избытком фтора
с неправильным развитием зубов и зубочелюстной системы
неправильное пломбирование и протезирование
#
253
В этиологии флюороза решающим является содержание в воде
кальция
фтора
магния
фосфора
калия
#

254
Допустимая концентрация фтора в воде
до 0,5мг/л
до 1,5мг/л
до 3мг/л
до 6мг/л
до 9мг/л
#
255
Оптимальное содержание фтора в воде
0,4 мг/л
0,8 мг/л
1,0 мг/л
1,5 мг/л
2,0 мг/л
#
256
Клинические формы флюороза различают
дистрофическая меловидно- крапчатая, деструктивно-эрозивная некротическая
пятипятнистая, пятнистая, меловидно- крапчатая, эрозивная, деструктивная
деструктивная, эрозивная, некротическая, пятнисто-меловидная
крапчатая, пятнистая, пятнисто- крапчатая
некротическая, дистрофическая, пятнисто- крапчатая
#
257
В период лечения флюороза рекомендуется применять внутрь
фторид натрия
препараты кальция, витамины, сульфаниламиды
антибиотики
гормональные препараты
препараты фосфора
#
258
Профилактика флюороза зубов должна проводиться
с целью увеличения содержания фтора в питьевой воде
с назначением реминерализирующей терапии
с целью уменьшения содержания йода в питьевой воде
с целью уменьшения содержания фтора в питьевой воде
с помощью различных индивидуальных методов профилактики
#
259
Факторы, предрасполагающие к возникновению системной гипоплазии зубов

временного прикуса
низкая содержание фтора в питьевой воде
неполноценное питание матери в период беременности
заболевание ребенка на первом году жизни
заболевание матери в период беременности
осложнение кариеса временных зубов
#
260
Факторы, предрасполагающие к возникновению системной гипоплазии зубов постоянного прикуса
низкое содержание фтора в питьевой воде
неполноценное питание матери в период беременности
заболевание матери в период беременности
травма временных зубов
заболевание ребенка на первом году жизни
#
261
При эрозивной форме флюороза предпочтительно проводит
пломбирование композитами
отбеливание эмали с последующей реминерализующей терапией
реминерализующую терапию
протезирование
#
262
При пятнистой форме флюороза предпочтительно проводить
покрытие композитами
фторлак
отбеливание эмали с последующей рем. терапией
протезирование
#
263
Одиночные поражения зубов при флюорозе
отсутствуют
возможны
встречаются всегда
встречаются не всегда
#
264
Эрозии твердых тканей зубов располагаются

только на вестибулярной поверхности
на всех поверхностях зубов
только на жевательной поверхности
только на контактной поверхности
#
265
Повышенному стиранию зубов способствуют
употребление большого количества углеводов
повышенное содержание фтора в питьевой воде
употребление грубой пищи
бруксизм, неполноценное развитие эмали и дентина
#
266
Дефекты эмали и дентина при патологической стираемости зубов локализуется на
вестибулярной поверхности режущих краев зубов
жевательной и язычной поверхности
язычной и вестибулярной поверхностях
режущих краях и жевательных поверхностях
#
267
При объективном осмотре клиновидного дефекта обнаруживается
дефект незначительных размеров коричневого цвета в пределах эмали зуба
дефект средних размеров с размягченным дентином в пределах эмали и дентина зуба
дефект значительных размеров с большим количеством размягченного дентина в пределах эмали и дентина зуба
дефект придесневой области в форме треугольника, стенки плотные и гладкие
дефект зуба не обнаруживается, имеется темно коричневое пятно в пределах эмали зуба
#
268
При начальных проявлениях клиновидного дефекта необходимо применение
апликации 20-30% раствором соляной или фосфорной кислоты
апликации 2% раствором метиленового синего
апликации 10% раствором глюконата кальция 2% раствором, фторида- натрия, 75% фтористой пастой
необходимо изготовление искусственных коронок
пломбирование металлическими пломбировочными материалами
#

269
При гипоплазии больные жалуются на
кратковременную боль от температурных раздражителей
косметический дефект
чувство оскотины, кратковременную боль от температурных раздражителей
может протекать безболезненно, иногда отмечается кратковременная боль от химических и температурных раздражителей
резкую болезненность от химических, температурных и тепловых раздражителей
#
270
Характерным участком локализации очагов поражения при гипоплазии является
вестибулярная и язычная поверхность на различном уровне у всех групп зубов
естественные поверхности передних и жевательных зубов
контактные поверхности передних и жевательных зубов
слепые ямы жевательной поверхности премоляров и моляров
у шейки зубов верхней и нижней челюсти
#
271
Ткани, образующие пародонт
альвеола, периодонт, цемент корня зуба
десна, маргинальный периодонт, альвеола, цемент корня зуба
десна, периодонт, альвеола
зуб, десна, периодонт
альвеолярная часть, десна периодонт
#
272
Основные функции пародонта
опорно- удерживающая, рецепторная, трофическая, пластическая
опорно- удерживающая и трофическая
регуляция силы жевательного давления и питания тканей зуба
сенсорная, защитная, опорно- удерживающая
пластическая, трофическая, защитная
#
273
Причины вызывающие дистрофически-воспалительные изменение пародонта (локализованные)
только местно раздражающие факторы
заболевание нервной, эндокринной, сердечно сосудистой системы, болезни желудочно-кишечного тракта, печени, болезни крови
авитаминозы, аллергические состояние, интоксикация солями тяжелых металлов, препаратами
эндогенные и экзогенные факторы

наследственность
#
274
Укажите классификацию болезней пародонта ВНОС (1983г.)
гингивиты, пародонтит, пародонтоз, идиопатические заболевания, пародонтомы
воспалительные процессы (гингивит, атрофия десны), дегенеративные процессы
(пародонтоз), неопластические процессы
гингивит, пародонтоз, сопутствующий синдром, пародонтомы
пародонтоз истинный, пародонтоз системный, пародонтоз локальный
пародонтоз дистрофическая форма и воспалительно-дистрофическая форма
#
275
Ткани пародонта подвергаются изменению при тяжелой степени пародонтита
десна, периодонт
костная ткань луночного отростка челюстных костей
все ткани пародонта
десневой край
костная ткань, альвеола, периодонт
#
276
Виды резорбции костной ткани при пародонтите
лакунарная, гладкая, пазушная
пазушная гладкая резорбция
онкоцитоллиз костных клеток
пазушное рассасывание
лакунарная резорбция
#
277
Показания к проведению клинического анализа крови
геморрагический синдром, острый и хронический, язвенно-некротический
гингивит, гингиво-стоматит, ограниченные язвенные поражения десны без
тенденции к заживлению
резко выраженная гипертрофическая десна, образование ложных патологических
зубных карманов, гноетечение, расшатывание зубов
воспалительно-дистрофические изменения в пародонте локального характера
гиперемия, отек слизистой оболочки десневого края, глубокие патологические
карманы
гиперестезия зубов, атрофия десны, слизистая оболочка бледная
#
278
С какой целью проводится волдырная проба (Олдрича)
проба свидетельствует об угнетении физической системы соединительной ткани,

характеризует нарушение сосудисто-тканевой проницаемости (на фоне гипертонической болезни)
для определения скрытой гидрофильности мягких тканей полости рта
положительная проба кожной папулы, наиболее характерна для пародонтоза на фоне желудочно-кишечных заболеваний
для определения насыщенности тканей аскорбиновой кислотой
для определения стойкости капилляров по скорости образования гематом на десне
#
279
Формы гингивита
катаральный, язвенный гипертрофический
фиброзный, гранулирующий
гранулематозный, гранулирующий
гангренозный
язвенный, гранулирующий
#
280
Жалобы характерные для катарального гингивита
боли от температурных раздражителей
боли при накусывании
быстропроходящая боль от температурных раздражителей
ночные боли, со светлыми промежутками
кровоточивость десен, неприятный запах изо рта
#
281
Какие жалобы характерны для гипертрофического гингивита (отечная форма)
сильная кровоточивость десен при приеме пищи, неприятный запах изо рта
постоянные ноющие боли от температурных раздражителей
лаколизированные боли, кровоточивость десен
боли от температурных раздражителей
кратковременная боль от температурных раздражителей
#
282
Что характерно для гипертрофического гингивита (фиброзная форма)
при объективном осмотре десна гипертрофирована, плотная, имеется ложный патологический зубодесневой карман, не кровоточит
десно бледно- розового цвета
десна гипермирована, набухшая, при дотрагивании не кровоточит
имеется патологический зубодесневой карман глубиной 3-4мм.
имеется патологический зубодесневой карман глубиной 4-6мм
#
283
Для язвенно-некротического гингивита характерно

десневые сосочки гиперемированы, отечны, некротизированы, сильная боль при приеме пищи
имеется патологический зубодесневой карман глубиной 3-4мм, боль при приеме пищи
имеется патологический зубодесневой карман глубиной 4-5мм, десна гиперемирована болезненна, гнойное отделяемое
десна бледно- розового цвета
десна гиперемированна, отечна, изъязвлений нет
#
284
Лечение гипертрофического гингивита отечной формы
снятие зубных отложений, кюретаж патологические зубодесневых карманов
гингивотомия, гингивоэктомия
лоскутная операция, кюретаж
снятие зубных отложений, противовоспалительная терапия и противоотечная терапия
простая гингивоэктомия и физиотерапия
#
285
Какие жалобы предъявляет больной при легкой стадии хронического пародонтита
жалобы на кровоточивость, гноетечение из десны, подвижность, болезненность зубов при приеме пищи, косметическую недостаточность, нарушение дикции, запах изо рта
.жалобы на боль в десне постоянного характера, усиливающаяся при приеме пищи, на подвижность зубов, припухлость десен, лица, под челюстной области
жалобы на зуд, жжение в десне чувство «онемения» зубов, боль ломящего характера в зубах при переохлаждении
жалобы на необычный вид десны, ее разрастание, кровоточивость при чистке зубов жалобы на язвенные дефекты на слизистой оболочке десны, неприятный запах изо рта
#
286
Жалобы больного при средней тяжести хронического пародонтита
жалобы на кровоточивость, гноетечение из десны, подвижность, болезненность зубов при приеме пищи, косметическую недостаточность, нарушение дикции, запах изо рта
жалобы на боль в десне постоянного характера, усиливающаяся при приеме пищи, на подвижность зубов, припухлость десны, лица, подчелюстной области
жалобы отсутствуют
на необычный вид десны, ее раздражение, кровоточивость, ложные карманы
кровоточивость при чистке зубов, гиперемия десневых сосочков, отечность, патологического кармана нет

#
287
Клиническая картина при тяжелой степени хронического пародонтита
кровоточивость, разросшиеся десневые сосочки, покрывает части коронок зубов, образуются ложные карманы
слизистая оболочка бледно- розового цвета, обнажение корней зубов, гиперестезия зубов
кровоточивость десен, гиперемия десневых сосочков, боли при приеме пищи, введение зонда десневой карман не определяется
боли, изменение положение зубов, периодическое проявление абсцессов, подвижность зубов, неприятный запах изо рта, парадонтальные карманы
слизистая оболочка десны бледно- розового цвета, плотная, подвижность зубов нет
#
288
Основные клинические признаки гингивитов
зуд, боль, отек и гиперемия десневых сосочков
наличие патологических зубодесневых карманов
деструктивные процессы в альвеолярном отростке, выявляемые рентгенологические
клиновидные дефекты и гиперестезия шеек зубов
подвижность, оголение шеек зубов, за счет атрофии десны
#
289
Основные клинические признаки пародонтоза
наличие патологических зубодесневых карманов, гноетечение травматическая окклюзия
атрофия альвеолярного отростка и мягких тканей пародонта, подвижность и смещение зубов
отсутствует воспаление десны, устойчивость зубов, равномерная атрофия альвеолярного отростка, гиперестезия шейки зубов и их оголения
зуд кровоточивость десны, зубодесневого соединения не повреждено
резорбция костной ткани альвеолярного отростка, патологические зубодесневые карманы
#
290
Назовите рентгенологические признаки характеризующие стадию стабилизации пародонтоза
рентгенологически определяется неравномерная резорбция межальвеолярных перегородок, достигающая у некоторых зубов 1/3 длины корня
рентгенологически определяются неравномерная резорбция межальвеолярных перегородок I-II-III степени
на рентгенограмме уплотнение костной ткани, исчезает остеопороз
рентгенологически умеренная резорбция межальвеолярных перегородок у всех

зубов
рентгенологически изменений нет
#
291
Укажите десенсибилизирующие препараты, применяемые при болезни пародонта
димедрол, диазолин, пипольфен, супрастин глюканат кальция, лактат кальция, хлорид кальция
хлорид кальция, глюканат кальция, лактат кальция
рутин, витамины «К», «А»
ретобол, нерабол, метиллурацил, пентоксил
экстракт алоэ, фибс, плазмол, спленин
#
292
Объем вмешательств при лечении локального пародонтита, обусловленного патологией прикуса
санации полости рта, физиотерапевтическое лечение
курс инъекций лидазы
санации полости рта, противовоспалительная терапия, хирургическое и ортопедическое лечение по показаниям
противовоспалительная терапия, хирургическое и ортопедическое лечение
физиотерапевтические методы лечения и ортопедическое лечение
#
293
Укажите виды местного лечения болезней пародонта
общеукрепляющая, стимулирующая, десен стабилизирующая терапия
медикаментозное, хирургическое, ортопедическое лечение, физиотерапия и их сочетание
физиотерапия, хирургическое и ортопедическое лечение
гингивотомия, гингивоэктомия, лоскутная операция
шинирование, рациональное протезирование
#
294
Укажите последовательность местного лечения болезней пародонта
антисептическая обработка полости рта и края десны, обезболивание, удаление наддесневых отложений, промывание патологических зубодесневых карманов, удаление поддесневого зубного камня, кюретаж патологических зубодесневых карманов, обеспечение плотного прилегания десны к зубам, наложение повязки (по показаниям)
антисептическая обработка полости рта, снятие над- и поддесневого зубного камня, кюретаж патологических карманов
удаление над- и поддесневого зубного камня, кюретаж патологических зубодесневых карманов, наложение защитной и лечебной повязки

#
295
Перечислите объем вмешательств при местном лечении средне тяжелой степени генерализованного пародонтита без выявленной органной патологии
санация полости рта, медикаментозное лечение и кюретаж патолог. зубодесневых карманов и другие виды хирург. лечения, шинирование подвижных зубов, рациональное протезирование, физиолечение, гиги. полости рта
санация полости рта, снятие наддесневых зубных камней, кюретаж патологических зубодесневых карманов, физиолечение
медикаментозная обработка патолог. зубодесневых карманов, их кюретаж и другие виды хирург-го лечения, ортопедическое и физиолечение
гингивотомия, рациональное протезирование
электрофорез, шинирование
#
296
Назовите методы лечения острого катарального гингивита
устранение причины, вызывающей гингивит, или уменьшение неблагоприятного влияния общего заболевания на ткани пародонта
антисептическая обработка полости рта и десны, обезболивание, снятие наддесневых отложений, применение противовоспалительных средств в виде аппликаций на тампонах, турундах, лечебных десневых повязок
применение обезболивающих средств в виде смазывания, аппликаций или инъекционной анестезии
хирургическое и ортопедическое лечение
обезболивание, снятие над-и поддесневых зубных отложений, ферменты
#
297
Методы санации полости рта
централизованный, децентрализованный, смешанный, бригадный
централизованный, смешанный, децентрализованный, метод, гигиена полости рта
смешанный, централизованный, бригадный, метод, гигиена полости рта
централизованный, смешанный, децентрализованный, бригадный метод
централизованный, смешанный, метод, гигиена полости рта, дифференцированный метод
#
298
Какие задачи включает в себя диспансеризация
лечение, устранение причин заболеваемости, выявление и лечение нач. форм заболеваний, предупреждение рецидивов хронических заболеваний путем лечения и систематического планового наблюдения

выявление и лечение начальных форм заболеваний, проведение съездов и конференций по стоматологии, профилактика кариеса
предупреждение рецидивов хронических заболеваний путем лечения и систематического планового наблюдения повышений квалификации врачей, проведение съездов и конференций по стоматологии
изучение и устранение причин заболеваний, профилактика кариеса, выявления и лечение основных форм заболеваний
#
299
Какую реакцию имеет слюна
слабощелочную
кислую
нейтральную
щелочную
резко щелочную
#
300
Назовите основные свойства слюны
вызывает созревание эмали, оказывает реминерализирующее действие, буферное, очищающее, обладает антибактериальными свойствами
очищающее, нейтрализующее, буферное
бактерицидное, реминерализирующее свойства
вызывает созревание эмали, очищающее
растворяет и освобождает фосфат кальция и содержит многие ионы неорганических веществ

#
1
Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зуба:
местное
общее (наркоз)
комбинированное
Нейролептанальгезия
Акупунктура
#
2
Общим обезболиванием является:
атаралгезия
эндотрахеальный наркоз
проводниковая анестезия
вагосимпатическая блокада
инфильтрационная анестезия
#
3
Способом неингаляционного наркоза является:
масочный
Внутривенный
эндотрахеальный
внутриартериальный
внутримышечный
#
4
Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:
сонное отверстие
овальное отверстие
Остистое отверстие
Круглое отверстие
Слепое отверстие
#
5
В зону обезболивания при туберальной анестезии входят:
1.8, 1.7, 1.6, 2.6, 2.7, 2.8
1.8, 2.8
1.5, 1.4, 2.4, 2.5
1.8, 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8
17, 16, 26, 27
#
6
В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят:
моляры
верхняя губа, крыло носа
1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны
#

7
При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада:
носонебного нерва
большого небного нерва
среднего верхнего зубного сплетения
лицевые нервы
1 ветви тройничного нерва
#
8
Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие:
сонное
круглое
овальное
остистое
слепое
#
9
Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом является
моляры
височный гребешок
позадиморьярная ямка
крыловидночелюстная складка
премоляры
#
10
Непосредственным общим осложнением местной анестезии является
обморок
гематома
контрактура
кровотечение
пародонтит
#
11
Обморок это:
проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
аллергическая реакция на антиген
потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
гипертонус мышц
дыхательная недостаточность
#
12
Коллапс это:
аллергическая реакция на антиген
потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
гипертонус мышц
дыхательная недостаточность
#
13
Пульс во время коллапса

частый, нитевидный
нитевидный, редкий
частый, хорошего наполнения
редкий, хорошего наполнения
нормальный
#
14
Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне
диатеза
интоксикации
хронического панкреатита
перенесенной ранее аллергической реакции
атеросклероза
#
15
При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются на
эпигастрии
нижней трети грудины
средней трети грудины
яремной вырезки
боковой поверхности груди
#
16
Показанием к удалению зуба является
острый пульпит
глубокий кариес
острый периодонтит
хронический гранулематозный периодонтит
паротит
#
17
Прямыми щипцами удаляют
моляры
премоляры
зубы мудрости
резцы верхней челюсти
резцы нижней челюсти
#
18
S- образными щипцами с шипом удаляют:
резцы
3-и моляры
моляры верхней челюсти
премоляры верхней челюсти
3-и моляры нижней челюсти
#
19
Штыковидными щипцами удаляют
резцы нижней челюсти
моляры верхней челюсти
премоляры нижней челюсти
3-и моляры нижней челюсти

корни и премоляры верхней челюсти
#
20
Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют
резцы нижней челюсти
моляры нижней челюсти
премоляры верхней челюсти
3-и моляры верхней челюсти
корни зубов нижней челюсти
#
21
Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют зубы нижней челюсти
резцы верхней челюсти
моляры верхней челюсти
премоляры нижней челюсти
корни зубов нижней челюсти
премоляры верхней челюсти
#
22
На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют
клыки
резцы
премоляры
корни зубов
моляры
#
23
Штыковидным элеватором (элеватором Леклюза) удаляют зубы нижней челюсти
резец
премоляр
первый моляр
второй моляр
третий моляр
#
24
Осложнения, возникающие во время операции удаления зуба
верхнечелюстной синусит
периостит
альвеолит
остеомиелит
перелом коронки или корня удаляемого зуба
#
25
Осложнения, возникающие непосредственно после операции удаления зуба
паротит
кровотечение
невралгия тройничного нерва
артрит височно-нижнечелюстного сустава
анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
#
26
Возможные осложнения во время операции удаления зубов верхней челюсти

паротит
невралгия тройничного нерва
перфорация дна верхнечелюстной пазухи
артрит височно-нижнечелюстного сустава
анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
#
27
Возможное осложнение во время операции удаления моляров верхней челюсти
паротит
отлом бугра верхней челюсти
невралгия тройничного нерва
анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
артрит височно-нижнечелюстного сустава
#
28
Возможное осложнение во время операции удаления 3-го моляра нижней челюсти
синусит
периостит
альвеолит
остеомиелит
перелом нижней челюсти
#
29
К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относятся
анурез
синусит
альвеолит
остеомиелит
гипертонический криз
#
30
К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относятся
анурез
синусит
альвеолит
остеомиелит
анафилактический шок
#
31
К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба, относят
анурез
миозит
коллапс
невралгию
остеомиелит
#
32
К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба верхней челюсти относят
анурез
миозит

коллагс
невралгия
оро-антральное сообщение
#
33
Щипцы для удаления резцов верхней челюсти
прямые корневые
прямые коронковые
клювовидные корневые
изогнутые по плоскости
S-образные с несходящимися щечками
#
34
Для удаления клыков верхней челюсти используют щипцы
прямые коронковые
прямые корневые
S-образные с шипом
клювовидные корневые
изогнутые по плоскости
#
35
Щипцы для удаления корней премоляров верхней челюсти
S-образные сходящиеся
прямые корневые
S-образные с шипом
клювовидные корневые
изогнутые по плоскости
#
36
Щипцы для удаления первого и второго правых моляров верхней челюсти называются S-образными
сходящимися
с шипом слева
несходящимися
с шипом справа
клювовидными сходящимися
#
37
Щипцы для удаления первого и второго левых моляров верхней челюсти называются S-образными
сходящимися
с шипом слева
несходящимися
с шипом справа
с круглыми щечками
#
38
Щипцы для удаления корней резцов верхней челюсти
клювовидные
штыковые
S-образные сходящиеся
S-образные с шипом справа

S-образные несходящиеся
#
39
Щипцы для удаления резцов нижней челюсти
клювовидные сходящиеся
клювовидные несходящиеся
S-образные щипцы с шипом
горизонтальные коронковые
штыковидные щипцы со сходящимися щечками
#
40
Щипцы для удаления премоляров нижней челюсти
клювовидные сходящиеся
S-образные щипцы с шипом
клювовидные несходящиеся
горизонтальные коронковые
штыковидные щипцы со сходящимися щечками
#
41
Щипцы для удаления первого и второго моляров нижней челюсти
клювовидные сходящиеся
S-образные с шипом
горизонтальные коронковые
клювовидные несходящиеся с шипиками
штыковидные со сходящимися щечками
#
42
Щипцы для удаления третьего моляра нижней челюсти
клювовидные сходящиеся
S-образные с шипом
горизонтальные коронковые
клювовидные несходящиеся
штыковидные со сходящимися щечками
#
43
Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти
прямой элеватор
S-образные щипцы
клювовидные щипцы
щипцы клювовидные с шипом
S-образные сходящиеся щипцы
#
44
Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюст
прямые щипцы
элеватор Леклюза
клювовидные щипцы с шипом
S-образные сходящиеся шипы
S-образные несходящиеся щипцы
#
45
Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти

прямые щипцы
иглодержатель
клювовидные щипцы с шипом
клювовидные сходящиеся щипцы
S-образные несходящиеся щипцы
#
46
Дополнительный инструмент для удаления корней зубов нижней и верхней челюстей
бормашина
прямые щипцы
иглодержатель
крючок Лимберга
элеватор Карапетяна
#
47
Дополнительный инструмент для удаления корней зубов нижней и верхней челюстей
экскаватор
прямые щипцы
иглодержатель
крючок Лимберга
элеватор Карапетяна
#
48
Выраженное затруднение открывание рта появляется при флегмоне
скуловой
подчелюстной
подглазничной
щечной области
крыловидно-челюстного пространства
#
49
Аденофлегмоны развиваются по причине
абсцедирующего фурункула
периапикального воспаления
паренхиматозного сиалоаденита
распространения воспалительного процесса из других областей
распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла
#
50
Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является
паротит
медиастинит
флебит угловой вены
парез лицевого нерва
гематома мягких тканей
#
51
В день обращения при флегмоне дна полости рта необходимо
вскрыть гнойный очаг
начать иглорефлексотерапию
сделать новокаиновую блокаду

назначить физиотерапевтическое лечение
ввести внутримышечно дыхательные аналептики
#
52
Оперативный доступ при лечении флегмоны дна полости рта заключается в разрезе
в подбородочной области
окаймляющем угол нижней челюсти
слизистой оболочке по крылочелюстной складке
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
#
53
При неблагоприятном течении флегмоны дна полости рта инфекция распространяется в
средостении
субдуральное пространство
околоушную слюнную железу
крылонебное венозное сплетение
венозные синусы головного мозга
#
54
Оперативный доступ при лечении флегмоны подподбородочной области заключается в разрезе
окаймляющем угол нижней челюсти
слизистой оболочке по крылочелюстной складке
параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
в подбородочной области параллельно краю фронтального отдела нижней челюсти
#
55
При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется в
средостение
субдуральное пространство
околоушную слюнную железу
крылонебное венозное сплетение
венозные синусы головного мозга
#
56
Разрез при флегмоне подподбородочной области достаточен, если он сделан
в области флюктации
в проекции корня языка
по границе гиперемии
на всю ширину инфильтрата
в месте наибольшей болезненности
#
57
Причиной развития флегмоны поднижнечелюстной области является воспалительный процесс в области
верхней губы
3.8, 3.7, 3.6, 3.5, 3.4, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8
зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области

#
58
Типичным клиническим признаком флегмоны поднижнечелюстной области является
тризм
гиперемия кожи в области нижней губы
отек крылочелюстной складки
инфильтрат и гиперемия тканей в поднижнечелюстной области
отек и гиперемия щечных областей
#
59
Флегмону поднижнечелюстной области необходимо дифференцировать с
тризмом
карбункулом
флегмоной височной области
флегмоной щечной области
острым сиаалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы
#
60
Оперативный доступ при лечении флегмоны поднижнечелюстной области заключается в разрезе
в подбородочной области
окаймляющем угол нижней челюсти
слизистой оболочке по крылочелюстной складке
параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти, отступив на 1,5-2 см книзу
#
61
Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить
язык
скуловую кость
лицевую артерию
щитовидную железу
околоушную слюнную железу
#
62
При неблагоприятном течении флегмоны поднижнечелюстной области инфекция распространяется в
средостение
субдуральное пространство
околоушную слюнную железу
крылонебное венозное сплетение
венозные синусы головного мозга
#
63
Разрез при флегмоне поднижнечелюстной области достаточен, если он сделан
в области флюктации
в преэкции корня языка
в границе гиперемии кожи
на всю ширину инфильтрата
в месте наибольшей болезненности
#
64

Причиной развития абсцесса челюстно-язычного желобка является воспитательный процесс в области
верхней губы
3.8, 3.7, 3.6, 4.6, 4.7, 4.8
зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области
#
65
Клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного желобка являются
тризм
отек и гиперемия щечных областей
гиперемия кожи в области нижней губы
боль при глотании, ограничение открывания рта
инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области
#
66
При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желоба инфекция распространяется
к корню языка
в субдуральное пространство
в околоушную слюнную железу
в крылонебное венозное сплетение
в венозные синусы головного мозга
#
67
В день обращения при абсцессе челюстно-язычного желобка необходимо
вскрыть гнойный очаг
начать иглофлексотерапию
сделать новокаиновую блокаду
назначить физиотерапевтическое лечение
ввести внутримышечно дыхательные аналептики
#
68
Оперативный доступ при лечении абсцесса челюстно-язычного желоба заключается в разрезе
окаймляющем угол нижней челюсти
слизистой оболочки челюстно-язычного желоба ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти
в подбородочной области вдоль края нижней челюсти
слизистой оболочки по кроловидно-челюстной складке
в области основания мышечкового отростка
#
69
При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желоба инфекция распространяется в
ткани дна полости рта
субдуральное пространство
околоушную слюнную железу
крылонебное венозное сплетение
венозные синусы головного мозга
#
70

причиной развития флегмоны крыловидно-челюстного пространства является воспалительный процесс в области
верхней губы
третьих моляров
зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области
#
71
Клиническим признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является
диплопия
отек и гиперемия щечных областей
боль и ограничение открывания рта
инфильтрат челюстно-язычного желоба
инфильтрат мягких тканей
#
72
Флегмону крыловидно-челюстного пространства необходимо дифференцировать с
карбункулом нижней губы
флегмоной щечной области
флегмоной височной области
флегмоной поднижнечелюстной области
абсцессом околоушно-жевательной области
#
73
Оперативный доступ при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства заключается в разрезе
в подбородочной области
окаймляющем угол нижней челюсти
слизистой оболочке по крылочелюстной складке
параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
по переходной складке нижней челюсти в области причинного зуба
#
74
Выполняя разрез при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства наружным доступом, можно повредить
язычный нерв
скуловую кость
дифрагмальный нерв
красную ветвь лицевого нерва
околоушную слюнную железу
#
75
При неблагоприятном течении флегмоны крыловидно-челюстного пространства инфекция распространяется в
средостение
субдуральное пространство
околоушную слюнную железу
венозные синусы головного мозга
крылонебное венозное сплетение
#
76

Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является
отек верхнего века
отек крылочелюстной складки
отек и гиперемия щечной области
гиперемия кожи в области нижней губы
инфильтрат и гиперемия околоушно-жевательной области
#
77
Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно - жевательной области является
отек верхнего века
ограничение открывания рта
отек крылочелюстной складки
отек и гиперемия щечной области
гиперемия кожи в области нижней губы
#
78
Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать с
ангиной Людвига
карбункулом нижней губы
флегмоной височной области
подмассетериальным абсцессом
обострением хронического верхнечелюстного синусита
#
79
Выполняя разрез при лечении флегмоны околоушно-жевательной области, можно повредить
угловую артерию
щитовидную железу
околоушную слюнную железу
подъязычную слюнную железу
третью ветвь тройничного нерва
#
80
Оперативный доступ при лечении флегмоны околоушно-жевательной области заключается в разрезе
по губо-щечной складке
в подбородочной области
по ходу ветвей лицевого нерва
слизистой оболочки по крылочелюстной складке
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
#
81
Разрез при флегмоне околоушно-жевательной области достаточен, если он сделан:
в области флюктуации
в проекции корня языка
по границе гиперемии кожи
на всю ширину ильфиртрата
в месте наибольшей болезненности
#
82
Гнойный процесс из крылонебной ямки преимущественно распространяется в
верхнечелюстной синус

кльковую ямку
подвисочную ямку
позадичелюстную область
околоушно-жевательную область
#
83
Выполняя разрез при лечении абсцесса крылонебной ямки, можно повредить
лицевую артерию
щитовидную железу
крылочелюстной нерв
околоушную слюнную железу
крылонебное венозное сплетение
#
84
Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной области является:
отек носо-губной складки
затрудненное открывание рта
отек и гиперемия щечной области
гиперемия кожи в области нижней губы
инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной областях
#
85
Оперативный доступ при лечении абсцесса крылонебной ямки заключается в разрезе по
1.8, 1.7, 1.6, 2.6, 2.7, 2.8
1.6, 1.5, 1.4, 2.4, 2.5, 2.6
1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3
3.8, 3.7, 3.6, 4.6, 4.7, 4.8
4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3
#
86
Клиническим признаком флегмоны височной области является
отек крылочелюстной складки
отек и гиперемия щечных областей
гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях
гиперемия и инфильтрат мягких тканей над скуловой дугой
#
87
Клиническим признаком флегмоны височной области является
затрудненное открывание рта
отек крылочелюстной складки
отек и гиперемия щечных областей
инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочных областях
#
88
Осложнением флегмоны височной области является
протез
паротит
менингит
рубцовый выворот верхней губы
рубцовый выворот верхнего века

#
89
Одонтогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является воспитательный процесс в области
верхней губы
зубов нижней челюсти
зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области
#
90
Клиническим признакам абсцесса и флегмоны языка является:
асимметрия лица
отек и инфильтрат языка
затрудненное открывание рта
отек крылочелюстной складки
отек и гиперемия щечных областей
#
91
Абсцесс и флегмону языка необходимо дифференцировать с
тризмом
карбункулом нижней губы
флегмоной щечной области
флегмоной дна полости рта
флегмоной височной области
#
92
Типичный оперативный доступ при лечении абсцесса и флегмоны языка заключается в разрезе:
окаймляющим углом нижней челюсти
в подбородочной области средней линии
слизистой оболочки по крылочелюстной складке
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
#
93
Выполняя внутриротовой разрез при лечении абсцесса и флегмоны языка, можно повредить:
скуловую кость
лицевую артерию
язычную артерию
щитовидную железу
лицевой нерв
#
94
Неодонтогенной причиной развития флегмоны щечной области является
фурункул нижней губы
лимфаденит околоушной области
травма слизистой оболочки щеки
лимфаденит поднижнечелюстной области
острый периодонтит зубов нижней челюсти
#
95
Клиническим признаком флегмоны щечной области является

гиперемия кожи лица
гиперемия и инфильтрат щеки
затрудненное открывание рта
отек крылочелюстной складки
выбухание подъязычных валиков
#
96
Флегмону щечной области необходимо дифференцировать с
тризмом
карбункулом нижней губы
флегмоной дна полости рта
флегмоной височной области
подмассетеральным абсцессом
#
97
Неодонтогенной причиной развития абсцесса окологлоточного пространства является
острый тонзиллит
фурункул верхней губы
лимфаденит щечной области
лимфаденит околоушной области
острый периодонтит третьих моляров верхней челюсти
#
98
При неблагоприятном течении абсцесса окологлоточного пространства инфекция распространяется
щечную область
крылонебную ямку
ткани дна полости рта
околоушную слюнную железу
клетчаточные пространства шеи
#
99
Клиническим признаком абсцесса окологлоточного пространства является
асимметрия лица
затруднение дыхания
затрудненное открывание рта
выбухание подъязычных валиков
отек и гиперемия щечных областей
#
100
Причиной развития периостита является:
ушиб мягких тканей лица
фиброма альвеолярного отростка
обострение хронического верхнечелюстного синусита
обострение хронического периодонтита
перелом мышечкового отростка нижней челюсти
#
101
При периостите гнойный процесс локализуется под
кожей
мышцей

надкостницей
наружной кортикальной пластинкой челюсти
слизистой оболочкой альвеолярного отростка
#
102
При периостите следует:
удалить причинный зуб
запломбировать канал до вскрытия периостита
запломбировать кариозную полость
удалить пломбу
расширить зубо-десневой карман
#
103
Клиническим признаком периостита является
гематома лица
подвижность всех зубов
затрудненное открывание рта
выбухание подъязычных валиков
гиперемия и отек переходной складки
#
104
Периостит челюстей необходимо дифференцировать с
тризмом
перелом зуба
острым сialодохитом
хроническим верхнечелюстным синуситом
обострением хронического периодонтита
#
105
Типичный оперативный доступ при периостите заключается в разрезе
окаймляющем угол нижней челюсти
в подподбородочной области по средней линии
слизистой оболочки по крылочелюстной складке
слизистой оболочки и надкостницы по переходной складке
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти:
#
106
Клиническая картинка острого одонтогенного остеомиелита челюсти:
подвижность всех зубов на челюсти
боль в зубах, недомогание, свищевые ходы на коже
озноб, повышение температуры до 40 <sup>0</sup> С, симптом Венсана, подвижность зубов
острые пульсирующие боли в зубе, головная боль
ноющая боль в зубе, температура до 37 <sup>0</sup> С
#
107
Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются:
подвижность всех зубов на челюсти
воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки
муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвижность зубов
воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки
слизистая оболочка гиперемирована, зубы неподвижны
#

108
Причинный зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо:
удалить
раскрыть
запломбировать
депульпировать
реплантировать
#
109
Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препарат, обладающий остеотропным действием:
канамицин
ампицилин
линкомицин
пенициллин
эритромецин
#
110
Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается в:
удалении причинного зуба
широкой периостотомии челюсти с двух сторон
периостотомии в области причинного зуба, дренировании
удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании
удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании
#
111
Первые рентгенологические признаки деструктивного одонтогенного остеомиелита челюсти появляются на
30-е сутки
25-е сутки
20-е сутки
14-е сутки
7-е сутки
#
112
Лечение хронического одонтогенного остеомиелита челюсти при сформировавшемся секвестре заключается в
секвестрэктомии
санации полости рта
антибактериальной терапии
периостотомии в области причинного зуба
антибактериальной терапии, секвестрэктомии
#
113
Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана в период
физиолечения
формирования секвестра
сформировавшегося секвестра
антибактериальной терапии
реабилитации
#
114

Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является
возраст больного
острый лимфаденит
травма плохо изготовленным протезом
зуб или корень зуба в линии перелома
сила и направление повреждающего фактора
#
115
Диагноз хронического травматического остеомиелита челюсти ставится на основании
жалоб больного
опроса больного
клинических данных
клинико-рентгенологической картины
данных лабораторных методов исследования
#
116
Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает
сепсис
перикоронит
ксеростомия
деформация челюсти
парез лицевого нерва
#
117
В комплекс лечения травматического остеомиелита челюсти входят
криотерапия
ГБО-терапия
химиотерапия
рентгенотерапия
электрокоагуляция
#
118
Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при удалении
1.2, 1.1, 2.1, 2.2
1.3, 1.2, 2.2, 2.3
1.8, 1.7, 2.7, 2.8
1.8, 1.7, 1.6, 2.6, 2.7, 2.8
1.6, 1.5, 2.5, 2.6
#
119
Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является
носовое кровотечение
кровотечение из лунки
перелом альвеолярного отростка
положительный симптом нагрузки
положительная носо-ротовая проба
#
120
При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи показано лечение
физиотерапия
верхнечелюстная синусотомия

иссечение свища
промывание пазухи антисептиком
верхнечелюстная синусотомия с одномоментной пластикой свища
#
121
Ранним местным осложнением после радикальной верхнечелюстной синусотомии и пластики свищевого хода является
тризм
носовое кровотечение
деформация скуловой области
парез краевой ветви n. facialis
сиалоаденит
#
122
Затрудненному прорезыванию третьего моляра (зуба мудрости) способствует
микростома
аномальное положение
недоразвитие челюстей
сужение нижней челюсти
артрит височно-нижнечелюстного сустава
#
123
Местным осложнением затрудненного протезирования третьего моляра является
невралгия
микростома
ксеростомия
перикоронит
сужение нижней челюсти
#
124
При правильном положении третьего моляра и перикороните производится
удаление зуба
секвестрэктомия
иссечение капюшона
аппликации лидокаина
разрез по переходной складке
#
125
Третий моляр удаляют
прямыми щипцами
крючком Лимберга
прямым элеватором
элеватором Волкова
элеватором Карапетяна
#
126
Непосредственным осложнением во время удаления третьего моляра является
тризм
парез лицевого нерва
перелом нижней челюсти
остеомиелит нижней челюсти
неврит мандибулярного нерва

#
127
Отдаленным осложнением после удаления третьего моляра является
альвеолит
диплопия
парез лицевого нерва
перелом нижней челюсти
макрогнатия нижней челюсти
#
128
Возбудителями актиномикоза является
стафилококки
стрептококки
лучистые грибы
кишечные клостридии
туберкулезные микобактерии
#
129
В комплекс лечения актиномикоза челюстно-лицевой области входят
лучевая терапия
седативная терапия
мануальная терапия
иммунотерапия
гипотензивная терапия
#
130
Количество инъекций актинолизата на один курс лечения
5
12
15
25
35
#
131
Фурункул- это
острое гнойное воспаление
специфическое поражение придатков кожи
острое гнойное
серозное воспаление волосяного фолликула
острое гнойно – некротическое воспаление волосяного фолликула
#
132
Карбункул – это
острое гнойное воспаление
специфическое поражение придатков кожи
острое гнойное воспаление потовых желез
серозное воспаление волосяных фолликулов
разлитое острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов
#
133
Способствует развитию фурункулеза челюстно-лицевой области

андантериит
сахарный диабет
гипертоническая болезнь
психическое заболевание
бронхиальная астма
#
134
Типичным клиническим признаком фурункула лица является ограниченный
участок гиперемии кожи
инфильтрат кожи синюшного цвета
плотный инфильтрат мягких тканей
гиперимированный, конусообразно выступающий над поверхностью кожи инфильтрат
гиперимированный, конусообразный вдавленный под поверхность кожи инфильтрат
#
135
При остром остеомиелите симптом Венсана возникает при локализации очага в
области тела нижней челюсти
области лунки зуба
области альвеолярного отростка
области суставного отростка
подбородочном отделе нижней челюсти
#
136
Рентгенологически секвестр определяется как
участок склезора с четкими контурами
фрагмент костной ткани, находящийся в зоне разрежения
разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки зуба
очаг просветления с четкими контурами
уровень жидкости
#
137
Формирование свищей с гнойным отделяемым характерно для остеомиелита
в острой стадии
в подострой стадии
хроническом
хроническом в стадии обострения
ограниченного лункой зуба
#
138
В острой стадии остеомиелита челюсти возникает подвижность
антагонистов
альвеолярного отростка
причинного и соседних зубов
зубов половины челюсти
подвижность не определяется
#
139
Ангиной Людвига называют
гнилостно-некротическую флегмону дна полости рта
флегмону подъязычной области и корня языка
флегмону окологлоточного пространства
паратонзиллярный абсцесс

болезненное глотание при затрудненном прорезывании нижнего 8 зуба
#
140
Актиномикоз дифференцирует с
флегмоной, остиомиелитом, раком челюсти
кариесом, пульпитом
лимфангиомой и капиллярной гемангиомой
липомой и атеромой
невралгией тройничного нерва
#
141
Возбудитель сифилиса
бледная трепонема
палочка Коха
смешанная флора
лучистые грибы
вирус Эпштейна – Барр
#
142
При нервичном поражении туберкулезной инфекцией челюстно-лицевой области
развивается гранулема с казеозным распадом
развивается неказеозная гранулема
никогда не поражается регионарные лимфатические узлы
развивается скрофулодема
развивается гуммозное поражение твердого неба
#
143
Возбудители рожистого воспаления
зеленящие стрептококки
энтерококки
В-гемолитические стрептококки группы А
а-гемолитические стрептококки
золотистые стафилококки
#
144
Грозным осложнением фурункула носогубного треугольника является
карбункул
флегмона
абсцесс
тромбоз
рожистое воспаление
#
145
Общесоматической симптоматикой при воспалительном процессе челюстно-лицевой области является
интоксикация
судорожная готовность
респираторный синдром
гипертонический синдром
почечная недостаточность
#
146

В день обращения при флегмонах и абсцессах челюстно-лицевой области необходимо
вскрыть гнойный очаг
начать иглорефлексотерапию
сделать паранефральную блокаду
провести физиотерапевтическое лечение
ввести внутримышечно дыхательные аналептики
#
147
Неэпидемический паротит являются осложнением
гриппа
гипертонии
стенокардии
полиартрита
холецистита
#
148
Клиническая картина острого сialoadенита характеризуется
герпетическим стоматитом
незначительным уплотнением железы
болью, увеличением железы, гипосаливацией
болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
нормальными слюноотделением и размерами железы
#
149
Хронической паренхиматозный сialoadенит характеризуется
расплавлением стромы
тотальным отеком паренхимы
образованием мелких полостей в паренхиме
разрастанием межлочечковой соединительной ткани
тромбозов сосудов
#
150
Хронической интерстициальный сialoadенит характеризуется
расплавлением стромы
тотальным отеком паренхимы
образованием мелких гнойных полостей
разрастанием межлочечковой соединительной ткани
тромбозом сосудов
#
151
Основным клиническим признаком калькулезного сialoadенита является
боль в железе
гипосаливация
гиперсаливация
воспаление устья протока
припухание железы во время приема пищи
#
152
Основным методом лечения слюнокаменной болезни является
физиотерапия
химиотерапия

гормонотерапия
аутогемотерапия
хирургическое вмешательство
#
153
В основе развития ретенционных кист слюнных желез лежит
опухоль
воспаление
родовая травма
нарушение оттока слюны
иммунные нарушения
#
154
Полость ретенционной кисти слюнной железы заполнена
слиной
детритом
грануляциями
холестиотомными массами
кристаллами холестерина
#
155
Основным методом лечения кист слюнных желез является
физиотерапия
химиотерапия
гормонотерапия
аутогемотерапия
хирургическое вмешательство
#
156
Ранулой называется
киста околоушной слюнной железы
киста подъязычной слюнной железы
опухоль подъязычной слюнной железы
киста поднижнечелюстной слюнной железы
опухоль поднижнечелюстной слюнной железы
#
157
Ранним местным осложнением после удаления опухоли околоушной слюнной железы является
парестезия
ксеростомия
парез мышц языка
неврит ментального нерва
парез мимической мускулатуры
#
158
Причиной вывихов нижней челюсти является
артрит ВНЧС
нижняя макрогнатия
снижение высоты прикуса
глубокое резцовое перекрытие
слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС

#
159
Лечение при вывихе нижней челюсти заключается в
иммобилизации
резекции суставного бугорка
прошивании суставной капсулы
резекции мышечковых отростков нижней челюсти
введение суставной головки в суставную впадину
#
160
Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с
острым отитом
острым верхнечелюстным синуситом
околоушным гипергидрозом
перелом верхней челюсти
флегмоной поднижнечелюстной области
#
161
Ведущим симптомом анкилоза ВНЧС является
шум в ушах
нарушение глотания
множественный кариес
выраженный болевой симптом
резкое ограничение подвижности нижней челюсти
#
162
Форма анкилоза ВНЧС
гнойный
фиброзный
слипчивый
катаральный
атрофический
#
163
Форма анкилоза ВНЧС
костный
гнойный
слипчивый
катаральный
атрофический
#
164
Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является
шум в ушах
нарушение глотания
множественный кариес
выраженный болевой симптом
тугоподвижность сустава
#
165
Ведущим симптомом клиники двустороннего костного анкилоза ВНЧС является

шум в ушах
нарушение глотания
множественный кариес
выраженный болевой симптом
полное отсутствие движений нижней челюсти
#
166
Внешний вид больного с двусторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется
нижней макрогнатией
верхней микрогнатией
верхней ретрогнатией
профилем «птичьего» лица
несимметрично гипертрофированными жевательными мышцами
#
167
Основной метод лечения больных с костным анкилозом ВНЧС
физиотерапия
хирургический
консервативный
ортопедический
ортодонтический
#
168
Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является
верхняя макрогнатия
снижение высоты прикуса
укорочение ветвей нижней челюсти
ограничение подвижности нижней челюсти
ограничение подвижности нижней челюсти с сохранением движений в ВНЧС
#
169
Основным симптомом перелома верхней челюсти является
головная боль
носовое кровотечение
патологическая подвижность нижней челюсти
патологическая подвижность верхних костей
разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
#
170
Основным симптомом перелома нижней челюсти является
головная боль
носовое кровотечение
патологическая подвижность нижней челюсти
патологическая подвижность верхнечелюстных костей
разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
#
171
Осложнение воспалительного характера при переломах челюстей
периостит
фурункулез
рожистое воспаление
нагноение костной раны

актиномикоз
#
172
Характерный симптом при двустороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти
открытый прикус
кровотечение из носа
разрыв слизистой альвеолярного отростка
изменение прикуса моляров со стороны перелома
изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома
#
173
Основной симптом перелома костей носа
гематома
подкожная имфидема
затруднение носового дыхания
патологическая подвижность костей носа
кровотечение из носовых ходов
#
174
симптомы перелома скуловой кости
деформация носа, гематома
гематома скуловой области
кровоизлияние в нижнее веко
кровотечение из носа, головокружение
уплотнение скуловой области, диплопия
#
175
Симптомы перелома скуловой кости
гематома скуловой области
деформация носа
симптом «ступени», диплопия
кровоизлияние в нижнее веко
кровотечение из носа, головокружение
#
176
Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости
травма глазного яблока
воспалительная реакция
смещение глазного яблока
травма зрительного нерва
интраорбитальная гематома
#
177
Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют
шпатель
распатор
зажим Кохера
крючок Фарабефа
крючок Лимберга
#
178
Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в

течении
первого часа
8-12 часов
24 часов
48 часов
72 часов
#
179
Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя
8-12 часов
24 часов
48 часов
8 суток
72 часов
#
180
Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают
на 4-5 сутки
на 8-9 сутки
после эпитилизации раны
после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
после уменьшения отека тканей
#
181
Обязательным мероприятием при проведении первичной хирургической обработки ран лица является введение
гаммаглобулина
антирабической сыворотки
стафилакоккового анатоксина
противостолбнячной сыворотки
антикоагулянтов
#
182
Первая медицинская помощь на поле боя оказывается:
врачом
эпидемиологической службой
служба медицинской разведки полка
в порядке самопомощи и взаимопомощи
связистом
#
183
Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область
накормить раненного
собрать анамнез
перенести в укрытие
противошоковые мероприятия
оформить медицинскую карточку
#
184
Первый этап медицинской эвакуации, где появляется врач-стоматолог
сортировочный пункт

медицинский пункт полка
отдельный медицинский батальон
отделение специализированного госпиталя
полевой подвижный специализированный госпиталь
#
185
Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется в
сортировочном пункте
медицинском пункте полка
батальонном медицинском пункте
отдельном медицинском батальоне
отделении специализированного госпиталя
#
186
Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации догоспитального эшелона
костный шов
назубные шины
стандартные повязки
компрессионно-дистракционный аппарат
ортопедический аппарат
#
187
Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение неосложненных переломов челюстей
эвакогоспиталь
сортировочный пункт
медицинский пункт полка
батальонный медицинский пункт
отделение специализированного госпиталя
#
188
Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей на БМП
остеосинтез
наложение гладкой шины скобы
наложение бимаксилярных шин
межчелюстное связывание по Айви
временная (транспортная) иммобилизация
#
189
Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей в ОМедБ
наложение бимаксилярных шин
временная (транспортная) иммобилизация
наложение компрессионно-дистракционного аппарата
наложение гладкой шины скобы
остеосинтез
#
190
Объем медицинских мероприятий в очаге поражения при ожогах челюстно-лицевой области
первичная хирургическая обработка
наложение сухой асептической повязки, обезболивание
первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

исправление повязки, применение обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств
#
191
Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом
клапанная
стенотическая
обтурационная
аспирационная
дислокационная
#
192
Асфиксация от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными поврежденными органами
клапанная
стенотическая
обтурационная
аспирационная
дислокационная
#
193
Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии
трахеотомия
введение воздуховода
удаление инородного тела
восстановление анатомического положения органа
прошивание языка
#
194
Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии на поле боя
трахеотомия
введение воздуховода
удаление инородного тела
вывести и закрепить язык булавкой
расстегнуть одежду
#
195
Основой специального ухода за больными, перенесшими операции на челюстно-лицевой области, является
дыхательная гимнастика
своевременное кормление
тщательная гигиена полости рта
массаж
лечебная физкультура
#
196
При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить к
районному онкологу
специалисту-радиологу
участковому терапевту
хирургу общего профиля
хирургу-стоматологу

#
197
К дополнительным методам исследования для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится
физикальный
биохимический
гистологический
биометрический
иммунологический
#
198
Под онкологической настороженностью понимают знание
ранних симптомов заболевания
препаратов для лечения
профессиональных вредностей
допустимых доз лучевой терапии
расположение онкологических служб
#
199
Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании
жалоб больного
размеров опухоли
жалоб больного, размеров опухоли
размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов
размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов
#
200
Распространенность опухоли, ее метастазирование наиболее точно оценивает классификация
TNM
клиническая
пятибалльная
онкологического центра
гистологическая
#
201
Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются
врожденными
одонтогенными
травматическими
онкологическими
воспалительными
#
202
Методом лечения врожденных кист и свищей шеи является
криотерапия
химиотерапия
лучевая терапия
динамическое наблюдение
оперативное вмешательство
#
203
Клиническим проявлением кисты челюсти является

гематома
симптом Венсана
нарушение глотания
плотное обызвествление образования
безболезненная деформация в виде вдутия
#
204
для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани
в виде «тающего сахара»
с нечеткими границами в области образования
в виде нескольких полостей с четкими контурами
с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
в виде участков уплотнения и разрежения
#
205
Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани
в виде «тающего сахара»
с четкими контурами и тенью зуба в полости
с нечеткими границами в области образования
в виде нескольких полостей с четкими контурами
с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
#
206
Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является
цистэктомия
криодеструкция
склерозирование
частичная резекция челюсти
половинная резекция челюсти
#
207
Основным методом лечения кист челюстей большого размера является
цистотомия
цистэктомия
криодеструкция
частичная резекция челюсти
половинная резекция челюсти
#
208
Причина развития неodontогенных кист челюстей связана с
нарушением эмбриогенеза лица
нарушением формирования корня зуба
нарушением формирования зачатка зуба
нарушением развития зубного фолликула
воспалением
#
209
Фиброматоз развивается в результате
вредных привычек
нарушения эмбриогенеза
хронического механического раздражения

воспаления
вирусного поражения
#
210
Этиологическим фактором возникновения предрака является
вторичная адентия
острые воспалительные процессы в мягких тканях лица
хроническая травма слизистой оболочки полости рта
острые воспалительные процессы в костях лицевого скелета
специфические воспалительные процессы
#
211
Для морфологической картины предрака характерно наличие
атипического ороговения
обызвествления миоцитов
воспалительного инфильтрата
инвазии в подлежащие ткани
вторичного казеозного некроза
#
212
К предраковым заболеваниям красной каймы губ относятся
рожистое воспаление
термический и химические ожоги
бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз
#
213
Клиническая картина предракового гиперкератоза характеризуется наличием
2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
эрозивной поверхностью с инфильтрацией подлежащих тканей
атрофичных уплощенных бляшек, покрытых корками, «географического» рисунка
ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм
#
214
Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является
химиотерапия
криодеструкция
комбинированное лечение
выскабливание опухоли
удаление опухоли в пределах здоровых тканей
#
215
Эозинофильную гранулему дифференцируют с
остеосаркомой
ретенционной кистой
плеоморфной аденомой
остеомиелитом челюсти
сосудистыми опухолями
#
216

основным клиническим признаком артериальной гемангиомы является
пульсация
наличие флеболитов
боль при пальпации
болезненный инфильтрат
эрозии без тенденции к кровоточивости
#
217
Основным методом лечения кавернозной гемангиомы является
прошивание
электрорезекция
лучевое воздействие
склерозирующая терапия
криодеструкция, лазерокоагуляция
#
218
Наиболее чувствительна к лучевой терапии
фибросаркома
остеосаркома
хондросаркома
гемангиома
саркома Юинга
#
219
Основным клиническим проявлением рака слизистой оболочки дна полости рта является
воспалительный инфильтрат
язва без инфильтрации краев
эрозия без инфильтрации краев
изъязвляющийся инфильтрат, спаянный с окружающими тканями
гиперемия и отек участка слизистой оболочки
#
220
Метод дополнительного исследования при постановке окончательного диагноза рака нижней губы в условиях поликлиники
биопсия
томография
клиническое
ультразвуковое
рентгенологическое
#
221
основным методом лечения рака нижней губы является
физиотерапия
химиотерапия
хирургический
лучевая терапия
комбинированный метод
#
222
Рак верхнечелюстной пазухи развивается из
нервной ткани

мышечной ткани
лимфатической ткани
эпителиальной ткани
соединительной ткани
#
223
Рак нижней челюсти следует дифференцировать с
ретенционной кистой
плеоморфной аденомой
хроническим верхнечелюстным синуситом
дистопией третьих моляров
хроническим остеомиелитом
#
224
Основным клиническим симптомом первичного рака нижней челюсти является
гиперсаливация
обнажение кости
подвижность интактных зубов
парез мимической мускулатуры
эрозия, язва с инфильтрированными краями
#
225
Рак нижней челюсти на ранних стадиях метастазирует в
шейные лимфоузлы
глубокие шейные лимфоузлы
заглоточные и шейные лимфоузлы
легкие и кости гематогенным путем
поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы
#
226
Цель операции на путях лимфооттока при раке слизистой оболочки дна полости рта заключается в профилактике метастазирования
во внутренние органы
в отдаленные лимфоузлы
в регионарные лимфоузлы
в кости
в легкие
#
227
Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов
на питающей ножке
встречных треугольных
круглого стебельчатого
на сосудистом анастомозе
свободная пересадка
#
228
методика пластики встречными треугольными лоскутами:
Аббе
Миларда
Седилло
Лимберга

Лапчинского
#
229
Вид пластики местными тканями, при котором ткани переносят из отдаленного от дефекта места
лоскутом на ножке
мобилизация краев раны
треугольными лоскутами
пересадка свободной кожи
артеризованным лоскутом
#
230
Основное правило пластики местными тканями
не ушивать рану наглухо
недопустима мобилизация тканей
отсутствие натяжения в краях раны
длина разреза должна быть минимальной
достаточное количество жировой ткани
#
231
Лоскут на питающей ножке состоит из тканей
расщепленной кожи
кожи и подкожно-жировой клетчатки
кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
кожи, подкожной клетчатки, мышцы и кости
кожи, подкожной клетчатки и сосудистого пучка
#
232
Круглый стебельчатый лоскут, одновременно формирующийся и подшивающийся к месту дефекта, называется
острым
шагающим
ускоренным
классическим
сквозным
#
233
Круглый стебельчатый лоскут, переносимый к месту дефекта по поверхности тела, называется
острым
шагающим
ускоренным
классическим
сквозным
#
234
Участок поверхности тела для формирования классического или ускоренного круглого стебельчатого лоскута
предплечье
внутренняя поверхность плеча
внутренняя поверхность бедра
передне-боковая поверхность живота
передняя поверхность груди

#
235
Свободной пересадкой кожи называется
перенос кожи стебельчатого лоскута
пересадка кожного аутотрансплантата
перемещение кожного лоскута на ноже
перемещение кожного лоскута на микроанастомозе
деэпидермизация
#
236
Местные ранние осложнения после пересадки свободной кожи
некроз лоскута
гиперпигментация
рубцовая деформация
кровотечение из лоскута
атрофия
#
237
Идентичность цвета пересаженной кожи лица достигается при помощи
криотерапии
гидромассажа
физиотерапии
деэпидермизация
электрокоагуляции
#
238
Вторичная костная пластика после основной операции проводится через
10 дней
1-2 месяца
3-4 месяца
6-8 месяцев
1-1,5 года
#
239
Показанием для проведения первичной костной пластики является дефект челюсти после
переоштита
секвестрэктомии
постлучевой некрэктомии
склерозирующей терапии
удаления доброкачественных опухолей
#
240
Показанием для проведения вторичной костной пластики является
склерозирующая терапия
ретрогенатия челюстей
кератокиста
удаление злокачественных опухолей
переостит
#
241
Аутотрансплантант – это материал, взятый у

пациента
животного
другого индивида
однойцового близнеца
близких родственников
#
242
Нижняя треть лица у больных с нижней макрогнатией
уплощена
уменьшена
увеличена
несимметрична
смещена
#
243
Нижняя треть лица у больных с нижней микрогнатией
уплощена
уменьшена
увеличена
несимметрична
смещена
#
244
Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней микрогнатии
недоразвитие
смещение кзади
чрезмерное развитие
несимметричная деформация
сагиттальный сдвиг
#
245
Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней ретрогнатии
недоразвитие
смещение кзади
чрезмерное развитие
несимметричная деформация
сагиттальный сдвиг
#
246
Дополнением к операционной фиксации фрагментов челюсти при остиотомии является
шина Ванкевич
гладкая шина-скоба
шина-скоба с распорочным изгибом
бимаксилярные шины с зацепными петлями
Шина порта
#
247
Для профилактики гнойно-воспалительного процесса после остеотомии челюстей назначают
криотерапию
химиотерапию
антибактериальную терапию
лучевую терапию

Буки-терапию
#
248
Показанием для фрагментарной остеотомии нижней челюсти является
ретрогнатия
микрогнатия
несимметричная макрогнатия
чрезмерное развитие подбородочного отдела
нижнечелюстная макрогнатия
#
249
Этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является
гиперсаливация
частичная адентия
массивные зубные отложения
хроническая травма слизистой оболочки
заболевания желудочно-кишечного тракта
#
250
При оперативном лечении радикулярных кист челюстей в области «причинного» зуба производят
аппликацию
пломбирование канала
эндодентальный электрофарез
резекцию верхушки корня
выскабливание зубо-десневого кармана
#
251
Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей вдыхании жидкого раневого содержимого или рвотных масс
клапанная
стенотическая
обтурационная
аспирационная
дислокационная
#
252
Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют при
короткой уздечке языка
линейных звездчатых рубцах
обширных дефектах костей лица
обширных дефектах мягких тканей
дефектах концевого отдела носа
#
253
Опрокидывающиеся лоскуты используются для
устранения выворота век
устранения дефектов кожи
закрытие линейных разрезов
создание внутренней выстилки
создание крыла носа

#
254
При выкраивании лоскута на ножке отношение его ширины к длине должно быть
1:3
1:4
1:5
1:8
2:3
#
255
Максимально допустимый угол поворота лоскута на ножке (в градусах)
до 90
до 180
до 210
до 360
до 120
#
256
Круглый стебельчатый лоскут, одновременно формирующийся и подшивающийся на предплечье, называется
острым
шагающим
ускоренным
классическим
сквозным
#
257
Круглый стебельчатый лоскут, формируемый и поэтапно переносимый к месту дефекта, называется
острым
шагающим
ускоренным
классическим
сквозным
#
258
При устранении дефекта тканей круглым стебельчатым лоскутом последней восстанавливается чувствительность
болевая
тактильная
температурная
сенсорная
вкусовая
#
259
Аутогранулянт для проведения костной пластики челюстей берут из
ключицы
костей стопы
бедренной кости
гребешка подвздошной кости
плечевой кости
#

260
Количество этапов при пластике губы по Аббе
1
2
3
4
5
#
261
Нижняя треть лица у больных с нижней ретрогнатией
уплощена
уменьшена
увеличена
несимметрична
смещена
#
262
Для профилактики гнойно-воспалительного процесса после остеотомии челюстей назначают
ГБО-терапию
криотерапию
химиотерапию
лучевую терапию
Буки-терапию
#
263
Нижнюю ретрогнатию устраняют остеотомией ветвей нижней челюсти с одномоментной
костной пластинкой
пересадкой фасции
приживлением мышцы
пересадкой кожного лоскута
контурной пластикой
#
264
После остеотомии челюстей называют остеотропный антибиотик
пенициллин
олететрин
линкомицин
тетрациклин
эритромецин
#
265
При фрагментарной остеотомии верхней челюсти удаляют
1.4, 2.4
1.3, 2.3
1.5, 2.5
1.4, 2.5
4.5, 3.5
#
266
Подавляет слюноотделение
атропин

йодид
хлоргексидин
йодистый калий
хлористый калий
#
267
Для сиалодоцитов характерно
поражение стромы железы
поражение перенхимы железы
поражение системы выводных протоков
поражение внутрижелезистых лимфоузлов
тромбоз сосудов
#
268
Причиной развития острого гнойного периостита челюсти является
обострение верхнечелюстного синусита
обострение хронического периодонтита
радикулярная киста
острый очаговый пульпит
экзостоз
#
269
При периостите челюстей образуется
подслизистая гранулема
поднадкостничный абсцесс
абсцесс мягких тканей
свищевой ход
подкожная гранулема
#
270
при лечении острого остеомиелита челюсти необходимо провести
переостотомию с двух сторон альвеолярного отростка
переостотомию с одной стороны альвеолярного отростка
секвестрэктомию
резекцию верхушки корня причинного зуба
цистэктомию
#
271
Основным хирургическим методом лечения при наличии конкремента поднижнечелюстной слюнной железы является
экстирпация железы
удаление конкремента
пластика выводного протока
рассечение стеноза протока
фузлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи по верхнему варианту
#
272
Основным дополнительным методом исследования диагностики опухолей желез является
изотопное исследование
цитология
ультразвуковое исследование
сиалотомография

термовизиография
#
273
Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза ВНЧС является
радиоизотопная диагностика
аудиометрия
биохимия крови
томография ВНЧС
электроодонто диагностика
#
274
мышца, поднимающая нижнюю челюсть
височная
круговая мышца рта
поднимающая угол рта
подбородочно-подъязычная
грудино-ключично-сосцевидная
#
275
После наложения бимаксиллярных шин с зацепными петлями резиновые кольца (тягу) меняют
ежедневно
ежемесячно
еженедельно
3 раза в месяц
2 раза в неделю
#
276
Первую медицинскую помощь на поле боя оказывают
врач
санитарный инструктор
эпидемиологическая служба
служба медицинской разведки полка
связист
#
277
Асфиксия от сдавления дыхательной трубки
клапанная
стенотическая
обтурационная
аспирационная
дислокационная
#
278
Асфиксация от частичного и периодичного закрытия дыхательных путей поврежденным тканями с затруднением вдоха и выдоха
клапанная
стенотическая
обтурационная
аспирационная
дислокационная
#

279
лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии:
трахеотомия
введение воздуховода
удаление инородного тела
восстановление анатомического положения органа
расстегнуть одежду
#
280
Профилактика аспирационной асфиксии у раненых в челюстно-лицевую область на поле боя заключается в
трахеотомии
введении воздуховода
удалении инородного тела
восстановлении анатомического положения органа
очистке полости рта, придании раненому положения, обеспечивающего свободное дыхание
#
281
Важной частью специального ухода за ранеными в челюстно-лицевую область на этапах эвакуации является
утоление жажды
дыхательная гимнастика
массаж воротниковой зоны
массаж
физиотерапия
#
282
К дополнительным методам исследования для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относятся
физикальный
биохимический
цитологический
иммунологический
биометрический
#
283
Боковая киста шеи локализуется
по средней линии шеи
в подбородочной области
в поднижнечелюстной области
по переднему краю трапецевидной мышцы
в средней трети шеи, по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы
#
284
Для подтверждения диагноза «боковая киста шеи» проводится исследование
биохимическое
цитологическое
радиоизотопное
реакция Вессермана
тимоловая проба в динамике
#
285

Для подтверждения диагноза «боковой свищ шеи» проводится исследование
гистологическое
радиоизотопное
реакция Вессермана
тимоловая проба в динамике
контрастная фистулография
#
286
Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид
гноя
лимфы
крови
мутной жидкости
прозрачной опалесцирующей жидкости
#
287
При иссечении срединного свища шеи необходимо резецировать
щитовидный хрящ
небную миндалину
участок подъязычной кости
подчелюстную слюнную железу
проток подчелюстной слюнной железы
#
288
Методом лечения врожденных свищей шеи является их
перевязка
иссечение
прошивание
криодеструкция
склерозирование
#
289
Типичным оперативным доступом для удаления боковой кисты шеи является разрез
в надключичной области
по переднему краю трапециевидной мышцы
по переднему краю жевательной мышцы
горизонтально по верхней шейной складке
горизонтально по нижней шейной складке
#
290
Наиболее грозным осложнением во время удаления боковой кисты шеи является
парез лицевого нерва
перелом подъязычной кости
повреждение крупных сосудов шеи
травма околоушной слюнной железы
травма поднижнечелюстной слюнной железы
#
291
В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей развивается
кератокиста
радикулярная киста

фолликулярная киста
низоальвиолярная киста
киста резцового канала
#
292
В результате нарушения развития эмалевого органа в челюстных костях образуется киста
кератокиста
радикулярная
фолликулярная
назоальвеолярная
резцового канала
#
293
Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать с
цементной
амелобластомой
твердой одонтомой
репаративной гранулемой
остеомиелитом
#
294
Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать с
одонтомой
цементомой
радикулярной кистой
репаративной гранулемой
остеомиелитом
#
295
пунктат радикулярной кисты вне воспаления имеет вид
лимфы
крови
мутной жидкости
холестиотомных масс
прозрачной жидкости с кристаллами холестерина
#
296
Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти после цистотомии является
гематома
длительность существования кисты
послеоперационное воспаление раны
не полностью удаленная оболочка кисты
раннее закрытие трепанационного отверстия
#
297
для морфологической картины предрака характерно наличие
гиперкератоза
обызвествления миоцитов
воспалительного инфильтрата
вторичного казеозного некроза
инвазии в подлежащие ткани
#

298
Клиническая картина гигантоклеточной опухоли характеризуется
рубцовой контрактурой
бессимптомным течением
периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
плотным безболезненным бугристым выбуханием кости, подвижностью зубов в этой области
#
299
Капиллярная гемангиома по клиническим признакам сходна с
невусом
липомой
фибромой
папилломой
гиперемией кожи
#
300
Кавернозная гемангиома по клиническим признакам сходна с
невусом
фибромой
папилломой
гиперемией кожи
ретенционной кистой

# Приложение 2

## **Ситуационная задача № 1 по ортопедической стоматологии**

Пациенту Д. 75 лет с полным отсутствием зубов изготавливаются съемные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти. Проводится этап проверки конструкции протезов. При проверке постановки искусственных зубов в артикуляторе наблюдается множественный фиссурно-бугорковый контакт. Но при смыкании челюстей - бугорковый контакт в области боковых зубов и разобщение в области передних зубов. При выдвигании нижней челюсти вперед характер соотношения зубных рядов такой же, как в артикуляторе.

### **Задания:**

1. Укажите причину возникновения данной клинической ситуации.
  2. Назовите клинический этап, на котором произошла данная ошибка.
  3. Укажите на изменение высоты нижнего отдела лица при указанном смыкании искусственных зубов.
  4. Укажите, есть ли необходимость в повторном определении центрального соотношения челюстей.
  5. Укажите, есть ли необходимость в повторном проведении проверки конструкции съемных протезов после исправления допущенной ошибки.
- 

## **Ситуационная задача № 2 по ортопедической стоматологии**

Пациенту Д. 70 лет изготавливается полный съемный протез на верхнюю челюсть. На этапе припасовки и наложения съемного протеза из зуботехнической лаборатории в клинику поступил протез, в толще базиса которого наблюдается большое количество пор. Поверхностных раковин и других дефектов поверхности базиса не обнаружено.

### **Задания:**

1. Укажите наиболее вероятную причину образования пор в базисе протеза.
  2. Назовите такой вид пористости.
  3. Укажите возможные осложнения, связанные с имеющейся пористостью, которые могут возникнуть при пользовании таким съемным протезом.
  4. Укажите на возможность или невозможность исправления данной технической ошибки.
  5. Назовите действия врача в подобной клинической ситуации.
- 

## **Ситуационная задача № 3 по ортопедической стоматологии**

Пациенту Е. 68 лет изготавливается полный съемный протез на нижнюю челюсть. На этапе припасовки и наложения съемного протеза из зуботехнической лаборатории в клинику поступил протез с неоднородностью окраски базиса («мраморность»).

### **Задания:**

1. Укажите название представленного дефекта базиса съемного протеза.
2. Укажите наиболее вероятную причину подобного дефекта базиса протеза.
3. Укажите возможные осложнения, связанные с указанным дефектом, которые могут возникнуть при пользовании таким съемным протезом.
4. Укажите на возможность или невозможность исправления данной технической ошибки.
5. Назовите действия врача в подобной клинической ситуации.
6. Расскажите о методах лечения.

**Ситуационная задача № 4**  
**по ортопедической стоматологии**

У пациента М. 57 лет с полным отсутствием зубов на клиническом этапе припасовки индивидуальной ложки на нижнюю челюсть при проведении функциональной пробы «облизывание верхней губы» индивидуальная ложка приподнимается с протезного ложа.

**Задания:**

1. Укажите участок индивидуальной ложки, на котором необходимо провести коррекцию.
  2. Назовите мышцы, при сокращении которых происходит сбрасывание индивидуальной ложки.
  3. Укажите, от чего зависит амплитуда проведения функциональных проб.
  4. Назовите явление, которое обеспечивает фиксацию индивидуальной ложки после ее припасовки.
  5. Назовите материал, из которого изготовлена индивидуальная ложка.
- 

**Ситуационная задача № 5**  
**по ортопедической стоматологии**

У пациента Ф. 66 лет с полным отсутствием зубов на клиническом этапе припасовки индивидуальной ложки на верхнюю челюсть при проведении функциональной пробы «широкое открывание рта» индивидуальная ложка сбрасывается.

**Задания:**

1. Укажите участок индивидуальной ложки, на котором необходимо провести коррекцию.
  2. Назовите другие функциональные пробы по Гербсту, которые проводятся при припасовке индивидуальной ложки на верхнюю челюсть.
  3. Укажите, от чего зависит амплитуда проведения функциональных проб.
  4. Назовите явление, которое обеспечивает фиксацию индивидуальной ложки после ее припасовки.
  5. Назовите материал, из которого изготовлена индивидуальная ложка.
- 

**Ситуационная задача № 6**  
**по ортопедической стоматологии**

Пациент Р. 63 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на невозможность пользоваться съемным пластиночным протезом на нижней челюсти из-за болевых ощущений подбазисом при жевании. Протез был изготовлен 2 месяца назад. Ранее пациент съемным протезом не пользовался. Фиксация съемного протеза на н/ч удовлетворительная. Высота нижнего отдела лица не нарушена. Слизистая оболочка н/ч без видимых патологических изменений. Средние данные эстезиометрии: в области отсутствующих зубов **3.2,4.2-10 г/мм<sup>2</sup>**, **3.6,4.6- 12 г/мм<sup>2</sup>**.

**Задания:**

1. Укажите параметры, характеризующие состояние слизистой оболочки, которые определяются методом эстезиометрии.
2. Назовите причину имеющихся у пациента жалоб.
3. Укажите метод ортопедического лечения, который может быть предложен данному пациенту.
4. Назовите метод ортопедического лечения, которым может быть оказана помощь пациенту непосредственно в день обращения (после проведения обследования).
5. Укажите метод исследования слизистой оболочки, который позволил бы избежать осложнения, возникшего у данного пациента.

**Ситуационная задача № 7**  
**по ортопедической стоматологии**

Пациентке А. 65 лет с полным отсутствием зубов изготавливают съемные пластиночные протезы. На клинический этап проверки конструкции съемных протезов из лаборатории поступает артикулятор с установленными гипсовыми моделями с восковыми базисами и искусственными зубами. При смыкании искусственных зубов носогубные и подбородочная складки резко выражены, углы рта опущены. В положении относительного физиологического покоя расстояние между зубами в переднем отделе составляет около 6 мм, верхние зубы не видны из-под верхней губы.

**Задания:**

1. Укажите причину такого внешнего вида пациентки.
  2. Назовите клинический этап, на котором была допущена ошибка.
  3. Укажите, есть ли необходимость в повторном определении центрального соотношения челюстей.
  4. Укажите, есть ли необходимость в повторном проведении проверки конструкции съемных протезов после исправления допущенной ошибки.
- 

**Ситуационная задача № 8**  
**по ортопедической стоматологии**

Пациент Н. 63 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на поломку съемного протеза - перелом базиса. Протез был изготовлен около года назад. Со слов пациента фиксация протеза была удовлетворительной.

**Задания:**

1. Укажите, требуются ли оттиски для проведения починки протеза в данной клинической ситуации.
  2. Укажите, может ли быть произведена починка перелома базиса протеза в случае если пациент пытался произвести починку самостоятельно.
  3. Укажите, необходима ли гипсовка протеза в кювету для проведения починки с использованием базисных акриловых пластмасс.
  4. Укажите, что следует предпринять при невозможности сопоставления фрагментов протеза по линии перелома.
- 

**Ситуационная задача № 9**  
**по ортопедической стоматологии**

Пациенту Г. 70 лет с частичным отсутствием зубов на верхней челюсти и полным отсутствием зубов на нижней челюсти изготавливаются пластиночный протез с удерживающими кламмерами на верхнюю челюсть и полный - на нижнюю челюсть. Проводится этап проверки конструкции протезов. При проверке постановки искусственных зубов в окклюдаторе наблюдается множественный фиссурно-бугорковый контакт. В полости рта при смыкании - бугорковый контакт в области боковых участков и разобщение в переднем.

**Задания:**

1. Укажите причину возникновения данной клинической ситуации.
2. Назовите клинический этап, на котором была допущена данная ошибка.
3. Укажите изменение высоты нижнего отдела лица при указанном смыкании искусственных зубов.
4. Укажите, есть ли необходимость в повторном определении центрального соотношения челюстей.
5. Укажите, есть ли необходимость в повторном проведении проверки конструкции съемных протезов после исправления допущенной ошибки.

### Ситуационная задача № 10 по ортопедической стоматологии

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент В. 43 лет с жалобами на эстетический дефект в области центральных резцов верхней челюсти, который заключается в изменении формы и цвета коронок зубов.

Пациент считает себя практически здоровым. С его слов изменение коронок передних зубов происходило постепенно в течение последних 3 лет, и связывает он данные нарушения с пристрастием к семечкам. К стоматологу ранее не обращался.

При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. При осмотре полости рта слизистая оболочка умеренно гиперемирована, достаточно увлажнена. Выявляется рецессия десны с обнажением корней зубов, особенно в области резцов нижней челюсти.

Зубные ряды обеих челюстей без дефектов, кариозные полости а также реставрации пломбирочным материалом в зубах отсутствуют. Имеются отложения твердого и мягкого зубного налета. Зубы 1.1, 2.1 - изменение формы из-за стертости эмали и дентина по режущему краю больше с медиальной поверхности, зуб 3.1- истончение эмали режущего фая за счет стертости оральной поверхности в пределах 1,5 мм.

Прикус ортогнатический с амбразурной вертикальной дизокклюзией в области резцов - 1 мм, диастема - 0,3 мм.

#### Задания:

1. Назовите способы, с помощью которых можно устранить эстетический дефект у данного пациента.
2. Раскройте значение термина «винир».
3. Назовите материалы, из которых изготавливают виниры.
4. Дайте определение диастеме.
5. Назовите показания к изготовлению виниров.

### Ситуационная задача № 11 по ортопедической стоматологии

В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка 50 лет, проживающая в г. Санкт-Петербурге, с жалобами на эстетический дефект в связи с разрушением коронок 4 передних зубов верхней челюсти и изменением их в цвете.

Из перенесенных и сопутствующих заболеваний пациентка указывает на ахилический гастрит, которым страдает в течение 5 лет. По поводу данного заболевания она постоянно принимала и принимает лекарства, включая соляную кислоту. Со слов пациентки прием кислоты осуществляется непосредственно из флакона без использования трубочки.

При внешнем осмотре асимметрии лица не выявлено, регионарные лимфоузлы безболезненны и не увеличены при пальпации.

Осмотр полости рта. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Зубная формула.

	П	п	о			R	R	R	R				П	п	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
0	П	С											С		0

Зубы 1.1,1.2,2.1,2.2 - убыль твердых тканей на 3\4 величины коронок зубов, изменение цвета зубов. Отмечается изменение формы коронок остальных зубов верхней и нижней челюстей из-за стирания по режущим краям и жевательным поверхностям с образованием характерных фасеток стирания в пределах эмали.

Прикус ортогнатический с вертикальной резцовой дизокклюзией до 10 мм.

#### Задания:

1. Назовите вероятную причину убыли твердых тканей зубов у данной пациентки.
2. Перечислите изменения, которые характерны для полости зуба при повышенном стирании твердых тканей зубов.
3. Дайте определение понятию «дентикли».
4. Назовите показатели ЭОД в норме.
5. Предложите способ восстановления эстетики в области передних зубов в данной клинической ситуации.

## Ситуационная задача № 12 по ортопедической стоматологии

Пациент К. 60 лет обратился в отделение ортопедической стоматологии Стоматологического комплекса с жалобами на затрудненный прием пищи из-за невозможности пользования съемным пластиночным протезом на нижнюю челюсть в связи с болевыми ощущениями под протезом в покое и во время жевания и неудовлетворительной его фиксацией.

Из общих заболеваний пациент указал на хронический панкреатит, которым он страдает в течение 8 лет. Зубы на верхней и нижней челюстях были удалены в связи с их подвижностью. В районной поликлинике 3 месяца назад были изготовлены съемные протезы: на верхнюю челюсть - при частичном отсутствии зубов, на нижнюю челюсть - при полном отсутствии зубов. После многократных коррекций адаптация к верхнему пластиночному протезу была достигнута, но к нижнему съемному протезу пациент так и не смог привыкнуть из-за боли в различных участках протезного ложа и неудовлетворительной его фиксации.

При осмотре полости рта: слизистая оболочка сухая, малоподатливая; имеется резкая неравномерная атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти. Фиксация съемного протеза на верхней челюсти удовлетворительная.

В отделении ортопедической стоматологии Стоматологического комплекса пациенту был изготовлен протез, изображенный на рисунке. Функции жевания и речи восстановлены, фиксация протеза на нижней челюсти удовлетворительная.

### **Задания:**

1. Назовите протез, изображенный на рисунке. Перечислите показания к применению эластичных подкладок.
2. Укажите требования к эластичным подкладкам.
3. Назовите места нанесения эластичного слоя мягкой подкладки.
4. Объясните назначение мягкой подкладки.
5. Перечислите способы применения эластичных подкладок.

## Ситуационная задача № 13 по ортопедической стоматологии

Пациент Д. 49 лет учитель колледжа, проживающий в г. Москве, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на повышенную чувствительность зубов, щелканье в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС) справа, неудовлетворенность внешним видом зубов.

При внешнем осмотре выявляются: углубление носогубных и подбородочной складок, уменьшение высоты нижнего отдела лица, опущение углов рта.

Осмотр полости рта.

Слизистая оболочка нормально увлажнена, бледно-розового цвета. Отпечатки зубов 4.1, 4.2, 4.3 на небе в области резцового сосочка и зубов 1.1, 1.2, 1.3 на вестибулярной поверхности десны фронтального отдела нижней челюсти.

Зубная формула

0														0	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Имеется убыль твердых тканей передних зубов на вестибулярной и оральной поверхностях, убыль твердых тканей боковых зубов по жевательной поверхности с обнажением дентина. Подвижность зубов 4.1, 4.2, 3.1 первой степени, обнажение корней зуба 4.7. Выявляются незначительные отложения зубного налета на зубах нижней челюсти с язычной и вестибулярной сторон.

Прикус: глубокая резцовая окклюзия. Снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм.

Результаты дополнительных исследований.

На томограмме ВНЧС при закрытом рте наблюдается:

- а) смещение головки нижней челюсти кзади и вверх;
- б) сужение суставной щели в заднем отделе.

На томограмме ВНЧС с базисом и окклюзионными валиками (в положении центральной окклюзии): относительно центрированное положение головки нижней челюсти в суставной впадине с обеих сторон.

### **Задания:**

1. Предложите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Назовите классификацию Грозовского повышенного стирания твердых тканей зубов.
4. От чего зависит форма повышенного стирания?
5. Перечислите методы определения высоты нижнего отдела лица.

## Ситуационная задача № 14 по ортопедической стоматологии

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент С. 65 лет, пенсионер, проживающий в г. Москве. Ранее работал шахтером в Караганде. Жалобы на эстетический дефект и затрудненное пережевывание пищи. К стоматологу обращался редко. Зубы начали стираться давно.

При внешнем осмотре выявляются: углубление носогубных и подбородочной складок, уменьшение высоты нижнего отдела лица. При плотно сомкнутых зубах отмечается избыток мягких тканей нижнего отдела лица. Осмотр полости рта.

Слизистая оболочка отечна и гиперемирована. Фиброматоз альвеолярной части нижней челюсти в переднем отделе.

Зубная формула.

0				0							0	0	0	0	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
0		0	П	П							R	R	п		0

В полости рта имеется стирание-укорочение зубов верхней челюсти с обнажением дентина более чем на половину высоты коронок зубов. Отмечается значительное количество твердого налета на всех зубах. Выявляется снижение высоты нижнего отдела лица на 5 мм. Результаты дополнительных исследований.

На ортопантограмме: резорбция костной ткани альвеолярных отростков на длины корней. Имеются очаги разрежений у верхушек корней зубов 3.4, 3.5 с нечеткими границами. В зубах 1.5, 3.6, 3.7 проведено эндодонтическое лечение.

**Задания:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Предложите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3. Назовите форму повышенного стирания твердых тканей зубов со снижением высоты нижнего отдела лица.
4. Перечислите возможные осложнения при снижении высоты нижнего отдела лица.
5. Опишите процесс, происходящий в пульпе зуба при повышенном стирании твердых тканей зубов.

## Ситуационная задача № 15 по ортопедической стоматологии

В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка С. 69 лет, пенсионерка, проживающая в Москве, с жалобами на эстетический дефект, затрудненное пережевывание пищи.

Из общих заболеваний указывает на наличие язвенной болезни желудка в течение 12 лет.

Из анамнеза: зубы стирались в течение нескольких лет, к стоматологу обращалась только с целью их удаления, лечить боялась. При внешнем осмотре выявляются признаки снижения высоты нижнего отдела лица, углубление носогубных и подбородочной складок; при сомкнутых зубах отмечается избыток мягких тканей нижнего отдела лица. Осмотр полости рта.

Гигиена неудовлетворительная. Имеются отложения твердого и мягкого зубного налета. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна.

Зубная формула.

0		0	0	0								П	П		0	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
0	0	0				0	0	0	0			0	0	0	0	

Имеется нарушение анатомической формы коронок зубов, стирание-укорочение всех зубов на верхней и нижней челюстях с обнажением дентина, более выраженное на верхней челюсти (до высоты коронок зубов), подвижность зуба 4.3 первой степени. Прогенический тип соотношения челюстей. Снижение высоты нижнего отдела лица на 9 мм. На ортопантограмме определяется неравномерная резорбция костной ткани альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей.

**Задания:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите, при какой степени снижения высоты нижнего отдела лица (ВНОЛ) возможно одномоментное ее восстановление?
3. Назовите лечебно-диагностические аппараты, которые применяются у больных со значительным снижением ВНОЛ (7-9 мм).
4. Сформулируйте цели предварительного лечебно-диагностического этапа ортопедического лечения данного пациента.
5. Укажите сроки пользования временными лечебно-диагностическими конструкциями.

## Ситуационная задача № 16 по ортопедической стоматологии

Пациентка П. 55 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на металлический вкус во рту, чувство кислоты. Это неприятное ощущение постоянно, усиливается при приеме кислой пищи. Пациентка отмечает также сухость во рту, извращение вкуса, жжение языка.

Наличие общесоматических заболеваний и аллергических реакций отрицает. Последнее обследование проходила 1 месяц назад, во время диспансеризации. Со слов пациентки, 2 месяца назад в районной поликлинике ей был изготовлен мосто-видный протез на верхнюю челюсть и коронка на премоляр нижней челюсти. Спустя 2 недели она полностью адаптировалась к новой конструкции. Было запланировано также изготовить съемный протез на нижнюю челюсть, но по семейным обстоятельствам визит к стоматологу откладывался. В настоящее время, через 2 месяца после протезирования, появились неприятные ощущения.

При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено; регионарные лимфоузлы при пальпации безболезненны, подвижны. Осмотр полости рта.

Маргинальная десна у зубов 1.1, 1.2 отечна, умеренно гиперемирована. Отмечается также гиперемия боковой поверхности и кончика языка и его отечность.

Зубная формула

0	К	Ф	К	Ф	К	ф	К	ф	ф	Ф	К	К	К	К	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
0	0	0	0	К								0	0	0	0

На верхней челюсти имеется штампованно-паяный мостовидный протез из нержавеющей стали с пластмассовой облицовкой. В местах спаек видны окисные пленки.

**Задания:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите причину данной патологии.
3. Предложите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.

## Ситуационная задача № 17 по ортопедической стоматологии

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Е. 70 лет, пенсионер, проживающий в г. Одинцово Московской области, с жалобами на эстетический дефект, затрудненное пережевывание пищи, неудовлетворенность внешним видом зубов. В 2000 г. перенес инфаркт миокарда.

Зубы были удалены в результате их подвижности и разрушения. Внешний осмотр. Отмечается избыток мягких тканей нижнего отдела лица при плотно сомкнутых зубах, опущение углов рта.

Осмотр полости рта. Слизистая оболочка гиперемирована, отечна.

Зубная формула

					П	П						П			
0	0	1	0	П	1	1	П	ni	I	I	0	П	I	0	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
		К													
0	0	1	1	1	П	Ш	Ш	Ш	Ш	П	П	I	0	ni	0

Имеется стирание-укорочение всех зубов с обнажением дентина в различной степени от 1/3 до высоты коронки зубов. Зуб 4.6 покрыт стальной штампованной коронкой. Веерообразное расхождение зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2. Снижение высоты нижнего отдела лица на 6 мм.

Результаты дополнительных исследований.

На ортопантограмме: в зубах 1.2, 1.3, 2.1 проведено эндодонтическое лечение. Имеет место неравномерная резорбция костной ткани альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей; максимальная степень резорбции (более длины корней зубов) в области зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2.

**Задания:**

1. Предложите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите причину веерообразного расхождения зубов нижней челюсти у данного пациента.
4. Укажите отличия компенсированной формы повышенного стирания твердых тканей зубов от декомпенсированной.
5. Перечислите ортопедические конструкции, которые противопоказаны при II и III степенях повышенного стирания зубов.

**Ситуационная задача № 18**  
**по ортопедической стоматологии**

Вы – участник широкомасштабного стоматологического обследования населения, проводимого в стране по заданию Министерства здравоохранения. Изучается потребность в зубном протезировании в различных возрастных группах населения по виду устраняемого дефекта. Укажите критерии, которые Вы будете учитывать, проводя обследование населения.

---

**Ситуационная задача № 19**  
**по ортопедической стоматологии**

Пациентка 54 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II степени тяжести хроническое течение находится на диспансерном учёте у врача – стоматолога, пришла на очередное обследование. После проведения обследования установлено, что ИПП (индекс поражения пародонта) = 0,8. Шесть месяцев назад ИПП составлял также 0,8.

Как определяется ИПП?

Как оценить общее состояние зубных рядов и уровень стабилизации процесса?

---

**Ситуационная задача № 20**  
**по ортопедической стоматологии**

Больной 55 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II – III степени, на нижней челюсти, где находится на диспансерном учете ДЗ гр. Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется изготовление несъемной шины.

Укажите задачи ортопедического лечения у данного пациента с целью вторичной профилактики заболевания.

---

**Ситуационная задача № 21**  
**по ортопедической стоматологии**

Больной 52 лет находится на диспансерном стоматологическом учете - III группа. Диагноз : пародонтит II- III степени, генерализованная форма на нижней челюсти. Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется полный курс комплексной лечебно – профилактической терапии.

Укажите план ортопедических вмешательств для данного пациента, с целью вторичной профилактики заболевания.

---

**Ситуационная задача № 22**  
**по ортопедической стоматологии**

Больному 40 лет изготавливается металлическая вкладка на 47 зуб, в котором имеется дефект твердых тканей II класс по Блэку.

Укажите какие профилактические мероприятия необходимо провести для предотвращения возникновения вторичного кариеса.

---

**Ситуационная задача № 23**  
**по ортопедической стоматологии**

Пациент 43 лет обратился к врачу – стоматологу ортопеду с жалобами на подвижность зубов обеих челюстей, зуд кровоточивость десен, запах изо рта. После обследования был поставлен диагноз - генерализованный пародонтит II степени тяжести, хроническое течение. Поставлен на диспансерный учет. Группа ДЗ подгруппа 1.

Какие задачи стоят перед ортопедическим лечением у данного пациента с целью вторичной профилактики заболевания?

Какой вид шины и стабилизации нужно применить?

**Ситуационная задача № 24**  
**по ортопедической стоматологии**

Пациент 59 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II степени тяжести хроническое течение находится на диспансерном учете у врача-стоматолога. (Группа – Д3). Иммобилизация подвижных зубов проведена съёмными цельнолитыми шинами.

При очередном обследовании :

определена распространенность и интенсивность воспаления;  
проведена оценка индекса гигиены;  
проведена оценка степени подвижности зубов;  
определена глубина пародонтальных карманов;  
заполнена одонтопародонтограмма.

Пациента планируется также оценить общее состояние зубных рядов и уровень стабилизации процесса.

С помощью какого индекса можно это сделать и как он рассчитывается?

---

**Ситуационная задача № 25**  
**по ортопедической стоматологии**

Пациентка 46 лет, находится на диспансерном учете у врача – стоматолога – терапевта с диагнозом генерализованный пародонтит - III степени тяжести, хроническое течение, осложненный вторичной адентией в боковых участках верхней и нижней челюстей. Была направлена к врачу-ортопеду – стоматологу для проведения ортопедического лечения.

1. Укажите группу диспансеризации данной пациентки.
  2. Какие задачи должен преследовать ортопедический этап комплексного лечения у данной пациентки.
  3. Какой вид лечебного аппарата нужно применить в данном случае?
- 

**Ситуационная задача № 26**  
**по ортопедической стоматологии**

Больной 56 лет. Три года назад проведено комплексное лечение заболевания пародонта. Диагноз: генерализованный пародонтит II степени хроническое течение. Подвижные зубы, шинированы несъемной шиной Мамлока. Пациент на диспансерном учете группа Д2.

Укажите сроки и методы профилактического лечения у данного пациента.

---

**Ситуационная задача № 27**  
**по ортопедической стоматологии**

Вы – участник широкомасштабного стоматологического обследования населения, проводимого в стране по заданию Министерства здравоохранения. Изучается число лиц, полностью утративших зубы.

Укажите основные показатели, характеризующие параметры, которые ВЫ будете выявлять. Дайте им определение.

---

**Ситуационная задача № 28**  
**по ортопедической стоматологии**

Больной 55 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II – III степени, на нижней челюсти, где находится на диспансерном учете Д3 гр. Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется изготовление несъемной шины.

Укажите задачи ортопедического лечения у данного пациента с целью вторичной профилактики заболевания.

**Ситуационная задача № 29**  
**по ортопедической стоматологии**

Больному 40 лет изготавливается металлическая вкладка на 47 зуб, в котором имеется дефект твердых тканей II класс по Блэку.

Укажите какие профилактические мероприятия необходимо провести для предотвращения возникновения вторичного кариеса.

---

**Ситуационная задача № 30**  
**по ортопедической стоматологии**

Пациент 43 лет обратился к врачу – стоматологу ортопеду с жалобами на подвижность зубов обеих челюстей, зуд кровоточивость десен, запах изо рта. После обследования был поставлен диагноз - генерализованный пародонтит II степени тяжести, хроническое течение. Поставлен на диспансерный учет. Группа ДЗ подгруппа 1.

Какие задачи стоят перед ортопедическим лечением у данного пациента с целью вторичной профилактики заболевания?

Какой вид шины и стабилизации нужно применить ?

---

**Ситуационная задача № 31**  
**по ортопедической стоматологии**

Пациент 59 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II степени тяжести хроническое течение находится на диспансерном учете у врача- стоматолога. (Группа – ДЗ). Иммобилизация подвижных зубов проведена съёмными цельнолитыми шинами.

При очередном обследовании :

определена распространенность и интенсивность воспаления;

проведена оценка индекса гигиены;

проведена оценка степени подвижности зубов;

определена глубина пародонтальных карманов;

заполнена одонтопародонтограмма.

Пациента планируется также оценить общее состояние зубных рядов и уровень стабилизации процесса.

С помощью какого индекса можно это сделать и как он рассчитывается?

---

**Ситуационная задача № 32**  
**по ортопедической стоматологии**

У пациента 63 лет генерализованный пародонтит I степени хроническое течение. На нижней челюсти подвижные зубы иммобилизованы съёмной цельнолитой шиной. Находится на диспансерном учете у врача стоматолога и проходит очередное обследование.

1. К какой диспансерной группе относится данный больной?
2. Какие методы обследования необходимо провести врачу – стоматологу при этом?
3. Какова периодичность системного обследования данного пациента?

**Ситуационная задача № 33  
по ортопедической стоматологии**

Пациентка 46 лет, находится на диспансерном учете у врача – стоматолога – терапевта с диагнозом генерализованный пародонтит - III степени тяжести, хроническое течение, осложненный вторичной адентией в боковых участках верхней и нижней челюстей. Была направлена к врачу-ортопеду – стоматологу для проведения ортопедического лечения.

4. Укажите группу диспансеризации данной пациентки.
  5. Какие задачи должен преследовать ортопедический этап комплексного лечения у данной пациентки.
  6. Какой вид лечебного аппарата нужно применить в данном случае?
- 

**Ситуационная задача № 34  
по ортопедической стоматологии**

Больной 56 лет. Три года назад проведено комплексное лечение заболевания пародонта. Диагноз: генерализованный пародонтит II степени хроническое течение. Подвижные зубы, шинированы несъемной шиной Мамлока. Пациент на диспансерном учете группа Д2. Укажите сроки и методы профилактического лечения у данного пациента.

---

**Ситуационная задача № 35  
по ортопедической стоматологии**

Пациентка 54 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II степени тяжести хроническое течение находится на диспансерном учёте у врача – стоматолога, пришла на очередное обследование. После проведения обследования установлено, что ИПП (индекс поражения пародонта) = 0,8. Шесть месяцев назад ИПП составлял также 0,8.

Как определяется ИПП?

Как оценить общее состояние зубных рядов и уровень стабилизации процесса?

---

**Ситуационная задача № 36  
по ортопедической стоматологии**

Больной 55 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II – III степени, на нижней челюсти, где находится на диспансерном учете Д3 гр. Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется изготовление несъемной шины.

Укажите задачи ортопедического лечения у данного пациента с целью вторичной профилактики заболевания.

---

**Ситуационная задача № 37  
по ортопедической стоматологии**

Больной 52 лет находится на диспансерном стоматологическом учете - III группа. Диагноз: пародонтит II- III степени, генерализованная форма на нижней челюсти. Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется полный курс комплексной лечебно – профилактической терапии.

Укажите план ортопедических вмешательств для данного пациента, с целью вторичной профилактики заболевания.

**Ситуационная задача № 38**  
**по ортопедической стоматологии**

Больному 40 лет изготавливается металлическая вкладка на 47 зуб, в котором имеется дефект твердых тканей II класс по Блэку.

Укажите, какие профилактические мероприятия необходимо провести для предотвращения возникновения вторичного кариеса.

---

**Ситуационная задача № 39**  
**по ортопедической стоматологии**

Больной 56 лет. Три года назад проведено комплексное лечение заболевания пародонта. Диагноз: генерализованный пародонтит II степени хроническое течение. Подвижные зубы, шинированы несъемной шиной Мамлока. Пациент на диспансерном учете группа Д2.

Укажите сроки и методы профилактического лечения у данного пациента.

---

**Ситуационная задача №1**  
**по стоматологии детского возраста**

В третьем классе школы из 30 обследованных имеют кариес и его осложнения 27 учащихся.

- 1.. Какова распространенность кариеса у данного класса.
  - 2.. У девочки 10 лет, страдающей хроническим гастритом при определении индекса гигиены выявлена следующая картина, центральные резцы окрашены на  $\frac{1}{2}$  ; клыки-полностью.
  - 3.. Какой гигиенический индекс ?
- 

**Ситуационная задача №2**  
**по стоматологии детского возраста**

.. В Иссык-Кульском районе у школьников интенсивность кариеса 4,9. Содержание фтора в воде составляет 3,5 мг / л.

- 1.. Ваши предложения по профилактике.
  - 2.. Какая диета здесь нужна ?
- 

**Ситуационная задача №3**  
**по стоматологии детского возраста**

У учащихся двух классов ( 2 а, 2 б ) интенсивность составила 2,3 и 2,6. После проведения курса профилактических мероприятий ( ремтерапии и фторлака через год в 2 б классе интенсивность составила 2,2, а 2 а – 2,9.

1. Определите редукцию кариеса ?
- 

**Ситуационная задача №4**  
**по стоматологии детского возраста**

При проведении стоматоскопии у мальчика в 7 лет в -/36 зубе отмечается понижение свечения в области фиссуры /

1. Что это может быть ?
- 

**Ситуационная задача №5**  
**по стоматологии детского возраста**

Ребенку 1,5 года. Обратились к стоматологу по поводу изменения цвета зубов

- 1.. Поставьте диагноз ? 52, 51 / 61 62
  - 2.. Составьте план лечения
- 

**Ситуационная задача №6**  
**по стоматологии детского возраста**

. Ребенку 5 лет. Пришли к стоматологу с жалобами на отказ от приема пищи.  
Объективно : в 85 84 / 74 75 зубах на контактных поверхностях имеются кариозные полости.

1. Поставьте диагноз ?
2. Составьте план лечения.

**Ситуационная задача №7**  
**по стоматологии детского возраста**

. Ребенку 10 лет. Лечится у ортодонта по поводу нарушения прикуса, носит аппарат. При осмотре 13, 12, 11, 21, 22, 23, 43, 42, 41, 31, 32, 33. изменена в цвете.

1. Поставьте диагноз.
  2. Составьте план лечения ?
- 

**Ситуационная задача №8**  
**по стоматологии детского возраста**

. Ребенок 2,5 года. Пришли к стоматологу по поводу множественного поражения зубов КП – 10 Объективно 52,51,61, 62, 82, 81, 71, 72. разрушенные зубы во 62 зубе на диске свищевой ход 54, 64, 85, 84, 74, 75, кариозной полости.

1. Ваш диагноз
  2. Составьте план лечения ?
- 

**Ситуационная задача №9**  
**по стоматологии детского возраста**

. Мальчик 6 лет пришел в поликлинику с жалобами на боли нижней челюсти слева. Объективно: 74, 75, зубах на контактных поверхностях кариозные полости, боли усиливаются от холодных раздражителей.

1. Ваш диагноз
  2. Составьте план лечения.
- 

**Ситуационная задача №10**  
**по стоматологии детского возраста**

. Девочка 8 лет, обратилась к стоматологу на боли в 46 зубе. Объективно в полости рта КПУ + КП = 5. Зуб сильно болел ночью.

1. Поставьте диагноз.
  2. Составьте план лечения
  - 3 Обуснуйте выбранный метод лечения
- 

**Ситуационная задача №11**  
**по стоматологии детского возраста**

Ребенок 9 лет. Пришел в поликлинику с жалобами на боли при приеме пищи в 36, 37, усиливается от холодных раздражителей. Зуб ранее лечил по поводу кариеса, пломба выпала, к врачу не обращались. ГИ – 2,1.

1. Поставьте диагноз
  2. Составьте план лечения.
- 

**Ситуационная задача №12**  
**по стоматологии детского возраста**

Ребенок 4 лет. Обратились с жалобами на сильные боли в 84,зубе усиливающиеся при приеме пищи. Зуб беспокоит в течении 2х суток. Ребенок бледный, отстаёт в физическом развитии КП – 7

1. Ваш диагноз
  2. Составьте план лечения.
  3. Проведите дифференциальную диагностику.
-

**Ситуационная задача №13**  
**по стоматологии детского возраста**

Школьник 8 лет получил травму 21 зуба во время игры в хоккей.

Объективно: Отмечается отек и гиперимия губ и слизистой оболочки на верхней челюсти в 21 зубе отлом угла коронки зуба в пределах эмали и дентина на 1,3, без обнажения пульпы.

1. Ваш диагноз.
  2. План лечения.
- 

**Ситуационная задача №14**  
**по стоматологии детского возраста**

Девочка 10 лет. Год тому назад упала и получила травму 42,41,31,32 зубам, к врачу не обращалась. Пришла к стоматологу с жалобами на самопроизвольные постоянные боли усиливающиеся при накусывании .

Объективно: Слизистая гиперимирована отечна. Перкуссия в области 41 зуба резко положительна.

1. Ваш диагноз.
  2. Составьте план лечения.
- 

**Ситуационная задача №15**  
**по стоматологии детского возраста**

Со слов матери ребенок 8 лет упал час назад и появились незначительные боли при накусывании. Визуальный осмотр не выявил видимых изменений. Перкуссия незначительно болезненна.

1. Поставьте предварительный диагноз?
  2. Какие клинические и дополнительные методы исследования необходимо провести?
- 

**Ситуационная задача №16**  
**по стоматологии детского возраста**

Ребенку 7 лет. Обратился в поликлинику с целью санации. В полости рта 83, 84 зубам имеются кариозные полости. Слизистая десны изменена. В 4 зубе имеется свищевой ход на уровне шейки зуба. В 5 свищевой ход в области десны ниже шейки зуба.

1. Ваш диагноз.
  2. Выберите метод лечения.
- 

**Ситуационная задача №17**  
**по стоматологии детского возраста**

Ребенку 2,5 года. Обратились в поликлинику с жалобами на разрушение коронок и изменение цвета зубов в области 52, 51, 61, 62 зубов. При осмотре в области десны указанных зубов ниже шейки зуба имеются множество свищевых ходов.

1. Поставьте диагноз
  2. Ваш выбор метода лечения.
-

**Ситуационная задача №18**  
**по стоматологии детского возраста**

Ребенку 8,5 лет. Пришел на прием к стоматологу с жалобами на постоянные самопроизвольные боли усиливающиеся при накусывании. Слизистая гиперемирована, отечна. Объективно: в 36 зубе на жевательной поверхности имеется пломба.

1. Ваш диагноз
  2. Ваш план лечения.
- 

**Ситуационная задача №19**  
**по стоматологии детского возраста**

Ребенок 8 лет обратился после падения в поликлинику. При осмотре видно перелом коронки 21 находится в пределах эмали и дентина, пульпа зияет обнажена на ширину полости зуба. Перкуссия незначительно болезненна, на температурные раздражителей реагирует резкой болью.

1. Поставьте диагноз?
  2. Составьте план лечения?
- 

**Ситуационная задача №20**  
**по стоматологии детского возраста**

Ребенку 11 лет. Обратился в поликлинику с целью профосмотра.  
Объективно: в области 16,11,21,26,46,36 зубов на жевательной поверхностях 1 отмечаются дефекты на буграх и режущих краях 11,12 зубов.

1. Ваш диагноз.
  2. План лечения.
- 

**Ситуационная задача №21**  
**по стоматологии детского возраста**

Ребенку 10 лет. При профосмотре в школе, в полости рта обнаружено в 44 зубе форма коронки деформирована, цвет зуба коричневого оттенка.

1. Ваш диагноз.
  2. План лечения.
- 

**Ситуационная задача № 22**  
**по стоматологии детского возраста**

Ребенку 12 лет. Жалобы на боли, кровоточивость десен.  
Объективно : цианотичный цвет десневого края в области зубов, рыхлость десневых сосочков с гнойным отделяемым. Зубы подвижны, покрыты налетом имеются отложения 16,15,14,13,12,11,21,22,23,24,46,45,44,43,42,41,31,32,33,34,35,36,

1. Поставьте диагноз
  2. Составьте. План лечения.
  3. Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза.
-

**Ситуационная задача №23**  
**по стоматологии детского возраста**

Во время профосмотра в школе у учащегося 11 лет в преддверии полости рта 41,31 зубов обнаружена диистема.

1. Ваш диагноз.
  2. Составить план лечения.
- 

**Ситуационная задача №24**  
**по стоматологии детского возраста**

Ребенку 13 лет. Пришел к стоматологу с жалобами на кровоточивость, отечность десен. При осмотре обнаружено аномальное расположение зубов и состояния челюсти. Сосочки гипертрофированы при дотрагивании кровоточат в 13,12,11,21,22,23, 43,42,41,31,32,33 ГИ – 4,2

1. Ваш диагноз.
  2. Составьте план лечения.
- 

**Ситуационная задача №25**  
**по стоматологии детского возраста**

Ребенок в возрасте 6 месяцев Обратился к врачу с родителями на повышение температуры – 38,6 беспокойство на нарушение сна и аппетита, отказ от груди, саливацию. Болен 2-3 сутки. Объективно на губах в преддверии полости рта, на языке, щеках имеется множество единичных высыпаний. Катаральный гингивит.

1. Поставьте диагноз.
  2. План лечения.
- 

**Ситуационная задача №26**  
**по стоматологии детского возраста**

Ребенок 2 месяца. Мама обратилась в поликлинику, на нарушение сна и аппетита, а также на налеты в полости рта. Объективно: при осмотре преддверия полости рта, языка, слизистой щек имеются налеты в виде свернувшегося молока.

1. Поставьте диагноз.
  2. Ваш план лечения.
- 

**Ситуационная задача №27**  
**по стоматологии детского возраста**

Мальчик 10 лет обратился в поликлинику с жалобами на высыпания в полости рта несколько афт безболезненные, слизистая бледная. Отечная.

1. Ваш диагноз.
  2. Составьте план лечения.
  3. При сборе анализа какие данные подтверждают данное заболевание ?
-

**Ситуационная задача №28**  
**по стоматологии детского возраста**

У ребенка 2х лет в области 52,51,61,62 циркулярный кариес. К каким осложнениям может привести этот процесс?

1. Составьте план лечения.
- 

**Ситуационная задача №29**  
**по стоматологии детского возраста**

У ребенка 6 лет в 85 зубе жалобы на боль при приеме пищи. При препарировании кариозной полости ребенок плачет, зондирование безболезненно, зуб когда-то сильно болел, появлялась припухлость десны.

1. Согласны ли вы с диагнозом «средний кариес»?
  2. Составьте план лечения
- 

**Ситуационная задача №30**  
**по стоматологии детского возраста**

У ребенка 5 лет на жевательной поверхности 55,56, и на вестибулярной поверхности 85 обширные, но неглубокие кариозные полости с темной окраской дентин, очень медленно прогрессирующее. Объясните особенности течения этого заболевания у детей.

1. Каков предположительный диагноз?
- 

**Ситуационная задача №31**  
**по стоматологии детского возраста**

У ребенка 2,5 года множественный кариес, рахит хронический тонзиллит, анемия, частые ОРЗ.

1. Составьте план лечения больного.
- 

**Ситуационная задача №32**  
**по стоматологии детского возраста**

У ребенка 4 х лет имеются меловидные кариозные пятна на вестибулярной поверхности 53,52,51, 61,62,63.

1. Проведите реминерализующее лечение.
  2. Укажите лечебные препараты, их концентрацию, методику применения?
- 

**Ситуационная задача №33**  
**по стоматологии детского возраста**

У ребенка 8 лет в 26 зубе глубокая кариозная полость 1 класса. Какие лечебные прокладки целесообразны?

1. Объясните механизм действия предложенных для лечения паст.
  2. В одно или в два посещения Вы закончите лечение зуба?
-

**Ситуационная задача №34**  
**по стоматологии детского возраста**

У ребенка 10 лет кариозная полость 12 зубе в пределах глубоких слоев дентина, но полость зуба не вскрыта.

1. Какие прокладки и пломбировочные материалы Вы считаете целесообразным?
  2. Поставьте диагноз.
- 

**Ситуационная задача №35**  
**по стоматологии детского возраста**

У ребенка 12 лет при плановой санации в школе обнаружен множественный кариес.

1. Составьте план обследования и лечение ребенка.
- 

**Ситуационная задача №36**  
**по стоматологии детского возраста**

При профилактическом осмотре у ребенка 12 лет на слизистой щек преимущественно по линии смыкания зубов обнаружены белесоватые участки слизистой, поверхность их неровная, шероховатая на ощупь. При поскабливании налет частично снимается.

1. Какой диагноз можно предположить?
  2. Какие исследования необходимо для уточнения диагноза?
- 

**Ситуационная задача №37**  
**по стоматологии детского возраста**

В детском саду осмотрено 20 детей. Кариозные и пломбированные зубы выявлены у 15 детей.

1. Определить распространенность кариеса?
  2. Составьте план лечения?
- 

**Ситуационная задача №38**  
**по стоматологии детского возраста**

Обследована группа из 12 человек из них 2-е здоровые, у 3х выявлено по 1 пломбированному зубу, у 5- по 2, и по 3 пломбированных зуб пломбированных зуба

1. Определите средний показатель интенсивности.
- 

**Ситуационная задача №39**  
**по стоматологии детского возраста**

В средней группе детского сада средний показатель интенсивного кариеса был равен 2,1 а через год 3,1.

1. Определите прирост?
- 

**Ситуационная задача №40**  
**по стоматологии детского возраста**

В двух младших группах детского сада средний показатель интенсивности кариеса был равен 1,2. В течении 2х лет в одной из групп (опытная группа) проводились ежемесячно контроль за гигиеной полости рта, аппликация глюконатом кальция, покрытия зубов флуоридином гель Н-5 а в другой группе (контрольная группа никаких профилактических мероприятий не проводилась). Через 2 года в опытной группе интенсивность кариеса была равна 1,4 а в другой контрольной – 2,8

1. Определите редукцию кариеса?

***Ситуационная задача №1  
по хирургической стоматологии***

Больная В. 32 лет обратилась к стоматологу с жалобами на припухлость и боли в области 34 зуба. Зуб ранее не лечен, больная обнаружила в нем кариозную полость около года назад. 3 дня после простуды появились пульсирующие боли в 34 зубе, больная принимала анальгетики. Вчера наложила грелку, боли стихли. Утром отметила появление припухлости в подчелюстной области и усиление болей. В чем причина возникновения данного воспалительного процесса? В чем причина распространения припухлости в подчелюстную область?

---

***Ситуационная задача №2  
по хирургической стоматологии***

Больная П. 26 лет, обратилась в клинику в тяжелом состоянии. Больная предъявляла жалобы на боли и незначительную припухлость в височной области справа, ограниченное открывание рта до 1 см; общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 39.5° С. Из анамнеза: в стоматологической поликлинике по месту жительства 5 дней назад был удален 38 зуб. Объективно: при осмотре лица отмечается асимметрия за счет припухлости мягких тканей височной области справа. Кожа над припухлостью в цвете не изменена, пальпаторно напряжена, плотная, болезненна, в складку не собирается. Со стороны полости рта: открывание рта ограничено до 1 см, болезненно. Лунка удаленного 38 зуба покрыта серым налетом. Слизистая оболочка вокруг лунки гиперемирована, отечна. Изо рта отмечается зловонный запах. Флегмона какой области развивается по вашему мнению? С флегмонами каких клетчаточных пространств необходимо дифференцировать данную патологию? Опишите ход операции.

---

***Ситуационная задача №3  
по хирургической стоматологии***

Больная Р. 25 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли и незначительную припухлость под углом нижней челюсти, подчелюстной области справа, затрудненное и болезненное глотание, ограниченное открывание рта до 0.5 см; общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 39.5° С. Из анамнеза: в стоматологической поликлинике по месту жительства 4 дня назад был удален 48 зуб. Объективно: при осмотре лица отмечается незначительная асимметрия за счет припухлости подчелюстной области справа. Кожа над припухлостью в области угла нижней челюсти справа в цвете не изменена, пальпаторно мягкая, в складку собирается, в глубине отмечается болезненный инфильтрат. Со стороны полости рта: открывание рта ограничено до 0.5 см, болезненно. Лунка удаленного 48 зуба покрыта серо-грязным налетом. Слизистая оболочка вокруг лунки гиперемирована, отечна. Изо рта отмечается зловонный запах. Флегмона какого клетчаточного пространства развивается по вашему мнению? С флегмонами каких клетчаточных пространств необходимо дифференцировать данную патологию? Опишите ход операции.

***Ситуационная задача №4  
по хирургической стоматологии***

Больная Т. 28 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли подчелюстной области справа, затрудненное глотание, а также прием пищи; общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 39.5° С. Объективно: при осмотре лица отмечается незначительная асимметрия за счет припухлости мягких тканей подчелюстной области справа. Кожа над припухлостью в области угла нижней челюсти справа в цвете не изменена, пальпаторно мягкая, в складку собирается, в глубине отмечается болезненный инфильтрат. Со стороны полости рта: открывание рта ограничено до 1 см, болезненно; отмечают асимметрию зева за счет отека тканей боковой стенки ротоглотки и смещения их к средней линии. Коронка 48 зуба разрушена на 2/3. В области верхней трети жевательной мышцы справа также отмечается болезненная пальпация. Флегмона какого клетчаточного пространства развивается по вашему мнению? С флегмонами каких клетчаточных пространств необходимо дифференцировать данную патологию? Опишите ход операции.

---

***Ситуационная задача №5  
по хирургической стоматологии***

Больная Б. 35 лет, обратилась в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на боли и припухлость в подподбородочной области, подчелюстной области слева и справа, невозможность глотания, ограничение движения языка; общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 39.5° С. Объективно: лицо асимметрично за счет припухлости мягких тканей подподбородочной, подчелюстных областей слева и справа, бледного цвета. Сознание заторможенное. Кожа над припухлостью гиперемирована, отечна; пальпаторно плотная, напряжена, в складку не собирается. Со стороны полости рта: рот полуоткрыт, отмечается зловонный запах. Язык приподнят, обложен серо-грязным налетом. Слизистая оболочка подъязычной области выбухает с обеих сторон. 37 зуб разрушен до уровня десны. Поставьте диагноз? Какое лечение показано данной больной? Какие антибиотики предпочтительны для данной больной? Опишите ход операции.

---

***Ситуационная задача №6  
по хирургической стоматологии***

Больной А. 3 лет поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии со слов родителей с жалобами на сильную головную боль, боли при повороте головы, повышенную температуру тела. Озвучьте ваши дальнейшие вопросы к родителям? Какие заболевания подходят под перечисленную симптоматику? Какие исследования необходимо провести для постановки диагноза? Какие симптомы характерны для менингита?

***Ситуационная задача №7  
по хирургической стоматологии***

В отделение челюстно-лицевой хирургии был доставлен больной после автоаварии. Больной в сознании, на вопросы отвечает, адекватен. Из анамнеза: в момент столкновения он ударился о спинку сидения автомобиля. В момент удара сознание не терял, рвоты не было, тошноты также не отмечалось. Было кровотечение изо рта в течение 30 минут с момента травмы. При осмотре определяется отек верхней губы, на коже которой имеются мелкие ссадины. В полости рта смыкание зубов не нарушено. Поставьте диагноз. Наметьте план лечения.

---

***Ситуационная задача №8  
по хирургической стоматологии***

Больная Б. 35 лет, обратилась в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на боли и припухлость в подподбородочной области, подчелюстной области слева и справа, невозможность глотания, ограничение движения языка, боли по ходу жевательной мышцы, боли в области шеи слева при повороте головы; общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 39.5° С. Объективно: лицо асимметрично за счет припухлости мягких тканей подподбородочной, подчелюстных областей слева и справа, бледное с землистым оттенком. Сознание заторможенное. Кожа над припухлостью гиперемирована, отечна; пальпаторно плотная, напряжена, в складку не собирается. Со стороны полости рта: рот полуоткрыт, отмечается зловонный запах и слюнотечение. Язык приподнят, обложен серо-грязным налетом. Слизистая оболочка подъязычной области выбухает с обеих сторон. 37 зуб разрушен до уровня десны. По ходу жевательной мышцы слева до яремной вырезки отмечается гиперемия, отечность кожи. При пальпации мышцы отмечается резкая болезненность. Поставьте диагноз? Как вы думаете, какими возбудителями вызвана данная патология? Какое лечение показано данной больной? Какие антибиотики предпочтительны для данной больной? Опишите ход операции.

---

***Ситуационная задача №9  
по хирургической стоматологии***

Больной Т. 25 лет, обратился в отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на боли и припухлость в подчелюстной области слева, боли при глотании, затрудненное открывание рта, повышение температуры тела до 40° С. Больным себя считает в течение 3 суток, начало заболевания связывает с 48 зубом. При обследовании: Отмечается бледность кожных покровов, на губах сухая корка, местно отмечается асимметрия лица за счет отечности слева, кожа над припухлостью отечна, болезненна, в складку не берётся, при пальпации отмечается разлитой плотный инфильтрат. Осмотр со стороны полости затруднен в связи с контрактурой жевательных мышц. Больному в отделении проведена операция «Вскрытие флегмоны подчелюстной области и крылочелюстного пространства слева, удаление 48 зуба», назначена противовоспалительная и антибактериальная терапия. Однако после 3 суток нахождения в отделении общее состояние больного не улучшилось. Ваш диагноз? Какое необходимо провести обследование? Какова тактика дальнейшего лечения? Возможные осложнения.

***Ситуационная задача №10  
по хирургической стоматологии***

Больной Ж. 28 лет, поступил в отделение в крайне тяжелом состоянии с жалобами на боли и припухлость в подподбородочной, подчелюстных областях слева и справа, в области передней и боковых поверхностей шеи. Кожа в вышеперечисленных областях гиперемирована, отечна, пальпаторно напряжена, в складку не собирается. Больной отмечает общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 39.5 °С, одышку, боли за грудиной, вынужденное положение (сидя), холодный пот, тахикардию, озноб. Объективно: лицо асимметрично за счет отека подподбородочной, подчелюстных областей слева и справа, передней и боковых поверхностей шеи. Кожные покровы бледные и цианотичные. Со стороны полости рта: рот полуоткрыт, отмечается слюнотечение, язык приподнят. 46 зуб разрушен на 2/3. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки отмечается расширение тени средостения. Какому диагнозу соответствует описанная картина? Определите тактику лечения данного пациента? Тактика хирургического лечения?

---

***Ситуационная задача №11  
по хирургической стоматологии***

Больной Б. 38 лет поступил в клинику в крайне тяжелом состоянии с диагнозом: Одонтогенная гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта, глубоких пространств шеи слева и справа. Тотальный гнойный медиастенит. В день поступления произведена операция вскрытие флегмоны дна полости рта, двухсторонняя шейная медиастинотомия по Разумовскому с ревизией глубоких пространств шеи. Правосторонняя торокотомия и дренирование средостения. В послеоперационном периоде у больного появились жалобы на одышку, отеки в ногах, тахикардию, «глухие тоны» на сердце. На обзорной R-грамме органов грудной клетки: отмечается расширение границ сердца в поперечнике. Выставьте послеоперационный диагноз? Каков будет прогноз у этого пациента?

---

***Ситуационная задача №12  
по хирургической стоматологии***

У больного с наличием раны щечной области слева, через неделю после проведения ПХО произошло нагноение раны, а еще через неделю открылось кровотечение. Следствием чего может быть кровотечение? Как оно называется?

---

***Ситуационная задача №13  
по хирургической стоматологии***

В отделение челюстно-лицевой хирургии был госпитализирован больной с обширной раной правой половины лица. Рана получена в следствии удара разбитой бутылкой, умеренно кровоточит, мягкие ткани отечные, края раны неровные. Каких данных недостаточно для постановки диагноза? Назначьте план обследования. Назовите вид оперативного лечения, и отчего он будет зависеть.

***Ситуационная задача №14  
по хирургической стоматологии***

Больной 15 дней назад получил удар кулаком в лицо. После травмы было кровотечение из носа, возникла припухлость тканей в области носа. Когда припухлость прошла, больной обнаружил деформацию носа. Локально: выявлено искривление спинки носа вправо и западание в области ската носа слева. Носовое дыхание левой половины затруднено. Патологическая подвижность в области костей носа не определяется, пальпация слегка болезненна. Поставьте диагноз, наметьте план лечения.

---

***Ситуационная задача №15  
по хирургической стоматологии***

У больного М. после травмы ЧЛЮ развился значительный отек лица, появилось кровоизлияние в нижние веки с обеих сторон, парестезия кожи подглазничной области, кровотечение из носа. Пальпаторно: определяется острый костный выступ по нижнему краю глазницы с обеих сторон. Имеется кровоизлияние в переходную складку у первых верхних моляров. Поставьте диагноз.

---

***Ситуационная задача №16  
по хирургической стоматологии***

Больной В., 32 года, поступил в клинику с жалобами на припухлость в подчелюстной области справа и наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, боли в этой области, усиливающиеся при приеме пищи. Из анамнеза: 5 недель назад получил удар в область нижней челюсти справа. К врачу обратился через неделю после травмы, с признаками воспаления. Лечился в стационаре, затем в поликлинике. Через неделю после снятия двухчелюстных шин снова появилась умеренная припухлость в подчелюстной области справа, кожа над припухлостью гиперемирована, отечна. В области тела нижней челюсти справа имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. По общему статусу состояние больного удовлетворительное. Подвижности фрагментов нижней челюсти справа в месте предшествующего перелома нет, зубы из линии перелома не удаляли. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?

---

***Ситуационная задача №17  
по хирургической стоматологии***

Раненый поступил в сортировочно-эвакуационное отделение МПП. На лице бинтовая повязка, наложенная по поводу касательной раны мягких тканей, пропитанная кровью, кровь сочится из-под повязки. Раненый бледен, ушибы и ссадины лица, язык, слюнные железы не повреждены, отсутствие 35,36 зубов. Укажите степень ранения?

***Ситуационная задача №18***  
***по хирургической стоматологии***

Раненый обратился в мед. пункт на 4 сутки после ранения. На лице бинтовая повязка, пропитанная кровью. Раненый бледен. После снятия повязки видна инфильтрация окружающих мягких тканей, перелома челюстей нет. Края раны некротизированны. Укажите объем медицинской помощи и назовите период раневого процесса?

---

***Ситуационная задача №19***  
***по хирургической стоматологии***

Раненый поступил в состоянии шока и с признаками выраженной кровопотери. Ранен пулей в лицо. На лице бинтовая повязка, пропитанная кровью, кровь сочится из-под повязки. Куда направить раненого? Укажите объем медицинской помощи?

---

***Ситуационная задача №20***  
***по хирургической стоматологии***

Фельдшер раненому заменил раннее наложенную повязку, ввел обезболивающее средство, провел временную остановку кровотечения, подкожно ввел противорвотное средство. Какой это вид медицинской помощи?

---

***Ситуационная задача №21***  
***по хирургической стоматологии***

В стоматологическую поликлинику обратился больной 56 лет, с жалобами на неприятные ощущения на слизистой нижней челюсти слева. В анамнезе – через год после удаления зубов отмечал незначительное изъязвление на слизистой, которое со временем зажило. При осмотре полости рта (ороскопии)- наблюдается изменение на слизистой альвеолярного отростка в области отсутствующих 36.37 зубов, по типу уплотнения тканей, незначительной шероховатой поверхностью и белесоватое пятно. О каком заболевании идет речь? Для уточнения диагноза какие дополнительные исследования нужно провести?

---

***Ситуационная задача №22***  
***по хирургической стоматологии***

В клинику обратилась больная 54 лет с жалобами на наличие незаживающей язвы в области неба слева. Больная в течение 15 лет курит. Полтора года назад во время приема пищи травмировала слизистую, после чего образовалась язва. Занималась самолечением, к врачам не обратилась. При ороскопии - на слизистой границы твердого неба и мягкого неба язва с уплотненными приподнятыми краями, с инфильтрацией в окружающие ткани. Размерами 1,5+1,5 см в диаметре. О каком периоде развития рака СОПР может идти речь? Какая клиническая форма рака СОПР?

**Ситуационная задача №23**  
**по хирургической стоматологии**

Больная С. 35лет обратилась в косметологический салон по поводу невуса кожи околоушной области справа, который за последние полгода потемнел, появилась чувство зуда вокруг невуса, и он стал увеличиваться в размерах. В косметологической клинике ей было произведено лазерное удаление опухоли. Спустя 3 месяца пациентка обнаружила в околоушной области справа узел, по поводу чего обратился к онкологу. При осмотре – в правой околоушной слюнной железе определяется узел до 2,0см в диаметре, плотной консистенции, подвижный, безболезненный. Выставлен диагноз: смешанная опухоль околоушной слюнной железы справа. Произведена резекция околоушной слюнной железы справа с опухолью. После операции узел на разрез стал черного цвета. Ваш предварительный диагноз? Какие ошибки допущены в косметологическом салоне?

---

**Ситуационная задача №24**  
**по хирургической стоматологии**

Больной Н, 56лет обратился к хирургу с жалобами на кровоточивость невуса возле рта слева. Со слов больного невус появился уже давно, больной неоднократно его травмировал во время бритья. Последние месяцы он стал замечать, что невус потемнел, периодически кровоточит. При осмотре на коже в области угла рта слева определяется пигментное образование размером 0,8+0,6 см, темнофиолетового цвета, выступает над уровнем кожи, поверхность покрыта корочкой, вокруг основного пятна, на расстоянии 1,0и 1,5см, имеются мелкие, такого же цвета, пигментные пятна. Больной направлен к онкологу, где ему выставлен предварительный диагноз: меланома кожи в области угла рта слева. Ваша тактика обследования? Что за пигментные пятна появились вокруг основного пигментного образования?

---

**Ситуационная задача №25**  
**по хирургической стоматологии**

Больной К.58 лет обратился с жалобами на язвенный дефект на красной кайме нижней губы, покрытой чешуйкой, при снятии которой, отмечает кровоточивость. В анамнезе у больного привычка прикусывать нижнюю губу, а также курение в течение 30лет. Локально: на красной кайме нижней губы ближе к центру ее определяется западающий участок с изъятиями, неправильной формы, покрытый чешуйкой с ороговением, поверхность серовато-белого цвета. При попытке снятия чешуйки отмечается незначительное кровотечение. Вокруг язвы отмечается инфильтрация тканей с приподнятыми краями. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Поставьте предварительный диагноз? Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести для установления окончательного диагноза?

***Ситуационная задача №26  
по хирургической стоматологии***

У больной И.59лет опухоль на нижней губе ближе к углу рта слева до 2см в наибольшем измерении, выступает папиллярно над слизистой красной каймы губы, на широком основании и инфильтрирует в подлежащие в ткани. В центре опухоли язва неправильной формы, покрытая коркой, дно неровное. Пальпаторно слабоболезненная, ее края и основание плотные, границы инфильтрации не определяются. При снятии корки с поверхности язвы отмечается капиллярное кровотечение. За счет вторичной инфекции кожа вокруг язвы незначительно гиперемирована. Пальпаторно в подчелюстной области на стороне поражения определяется увеличенный одиночный смещаемый лимфатический узел. Ваш предварительный диагноз? Какие методы исследования необходимо провести для окончательного диагноза? Определите тактику лечения.

---

***Ситуационная задача №28  
по хирургической стоматологии***

Больной К.35 лет обратился к врачу- стоматологу с жалобами на боль в область верхних зубов справа, иррадиирующих в гайморову пазуху, чувство тяжести в области гайморовой пазухи справа, осмотр полости рта и выявил периодонтит 25 зуба. Больной настоял на удалении зуба. Через неделю данный пациент повторно обратился к врачу не прекращающимися болями в области гайморовой пазухи справа. Врач осмотрел лунку, после чего назначил содовые и солевые ванночки. Еще через неделю больной обратился к другому врачу и был направлен на рентгеновское исследование, после чего которого направлен онкологу. Какие ошибки сделаны врачом в поликлинике? Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза? Какие рентгеновские признаки определяются при раке верхней челюсти?

---

***Ситуационная задача №29  
по хирургической стоматологии***

Больной Д. 59лет обратился с жалобами на постоянную беспричинные, умеренные боли и опухолевидное образование на слизистой дна полости рта, на повышенную саливацию, неприятный запах изо рта. Из анамнеза: курит в течение 15 лет, год назад больной заметил разрушенный зуб нижней челюсти справа, не лечился. Полгода назад на слизистой дна полости рта появилось опухоловое образование, выступающее на слизистой. Опухоль со временем увеличивалась в размерах, вокруг появилось уплотнение. Лечился самостоятельно в виде полосканий настоями из лекарственных трав. Улучшение было временным. В последнее время появились вышеперечисленные жалобы. Местно: на слизистой дна полости рта имеется опухолевая язва (размерами 2+2см), выступающая над слизистой с грибовидной формой и бляшковидными или папиллярными выростами, не имеющая четкие границы. Отмечается инфильтрация опухоли в подлежащие ткани. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Ваш предварительный диагноз? Какая форма опухолевого роста заболевания у данного больного?

***Ситуационная задача №30  
по хирургической стоматологии***

Больная Д. 47лет поступила в ЛОР клинику с диагнозом: хронический гайморит справа. Выполнена диагностическая гайморотомия справа, удаление полипов. При гистологическом исследовании удаленного препарата выявлен плоскоклеточный неороговевающий рак. Ваш диагноз? Дополнительные методы обследования? Дальнейшая тактика?

---

***Ситуационная задача №31  
по хирургической стоматологии***

Больная В. 1948г.р. обратилась к онкологу с жалобами на наличие язвы на слизистой щеки справа, боли в области язвы, кровоточивость, похудание, гиперсаливацию. Из анамнеза: курит в течение 15 лет, периодически злоупотребляет алкоголем. Со слов больной около полугода назад заметила язву на слизистой щеки справа, которая стала быстро увеличиваться в размерах. Больная к врачам не обращалась, самостоятельно делала различные примочки из трав, мазей, но без эффекта. Местно: на слизистой щеки справа имеется язва 3,5+4,0 см с подрывными краями, дно язвы покрыто грязно-серым налетом, местами кровоточит. На шее справа пальпируются увеличенные лимфатические узлы до 2,5 см в диаметре, ограниченно смещаемые, плотные. Гистологически: плоскоклеточный ороговевающий рак. При обследовании внутренних органов отдаленных метастазов не обнаружено. Выставьте клинический диагноз с учетом классификации по TNM? Определите тактику лечения?

---

***Ситуационная задача №32  
по хирургической стоматологии***

У пациента 36лет хронический периодонтит 36зуба. Зуб ранее не леченный. На R-грамме 35 зуба отсутствие коронки и 1/2 корня 35 зуба вследствие кариозного процесса. Имеются умеренное расширение периодонтальной щели и разрежения вокруг верхушки 35 зуба. Показана ли пациенту имплантация в области 35 зуба, если да то какая?

---

***Ситуационная задача №33  
по хирургической стоматологии***

Пациенту А.-40лет показана имплантация в области 36-39 зубов. Какие необходимы дополнительные обследования и какие подготовительные мероприятия необходимо провести?

---

***Ситуационная задача №34  
по хирургической стоматологии***

К какому типу костной ткани мы отнесем ситуацию, если больной 56лет и у нее имеется патология щитовидной железы?

***Ситуационная задача №35  
по хирургической стоматологии***

У пациента М-44л имеется атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Высота альвеолярного отростка составляет 4мм. Пациент настаивает на проведении дентальной имплантации на область 26 зуба. Каковы тактика врача в этой ситуации?

---

***Ситуационная задача №36  
по хирургической стоматологии***

Пациенту 15л. В 10 летнем возрасте во время падения с велосипеда полностью вывихнут 22 зуб. Показана ли дентальная имплантация на область отсутствующего 22 зуба?

---

***Ситуационная задача №37  
по хирургической стоматологии***

Пациент обратился с жалобами на полный вывих 21 зуба, и данный зуб принес с собой. Из анамнеза накануне 12 часов назад получил травму -упал с лестницы. Можно ли реплантировать 21 зуб на место? Если да, то какие манипуляции необходимо для этого произвести?

---

***Ситуационная задача №38  
по хирургической стоматологии***

Пациенту 5 дней назад была произведена операция удаление 15 зуба по поводу обострения хронического периодонтита. После удаления через 1 день боли в области лунки удаленного зуба возобновились, усилились и стали носить постоянный характер. Местный статус: слизистая оболочка вокруг лунки удаленного 15 зуба отечная гиперемированная болезненная при пальпации. Лунка 15 зуба покрыта грязно-серым налетом. Какой вы поставите диагноз. Каков будет план лечения?

---

***Ситуационная задача №39  
по хирургической стоматологии***

У пациента гипертоническая болезнь около 5 лет и пациент постоянно принимает гипотензивные препараты. Пациенту необходима операция удаление хр. Рт 36 зуба. Какой препарат вы выберете для местной анестезии при данной патологии?

---

***Ситуационная задача №40  
по хирургической стоматологии***

Пациент обратился с болями в области 26 зуба. Из анамнеза 5 дней назад после переохлаждения заболел 26 зуб, затем появилась тяжесть в области верхней челюсти слева и выделения слизисто-гнойного характера из левой половины носа. Какой диагноз вы поставите? Какой план лечения у данного пациента?

## **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

### **Задача №1**

Пациентке В., 19 лет проведен курс реминерализирующей терапии по поводу кариозных пятен в области 1.3,1.2,1.1,2.1,2.2,2.3 зубов.

- 1.Патологическая анатомия кариозного пятна.
  - 2.Дифференциальная диагностика кариеса в стадии пятна.
  - 3.Какие существуют методы реминерализирующей терапии?
  - 4.Как определить эффективность лечения и отчего она зависит?
  - 5.Какие свойства эмали являются обоснованием для проведения реминерализирующей терапии?
- 

## **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

### **Задача № 2**

Пациентка К., 16 лет. Предъявляет жалобы на эстетический недостаток. При осмотре на вестибулярной поверхности резцов верхней и нижней челюсти и буграх верхних моляров обнаружены белые пятна на эмали. При зондировании определяется гладкая поверхность. Со слов матери пятна появились с момента прорезывания. На первом году жизни пациентка перенесла токсическую диспепсию.

- 1.Поставьте диагноз
  - 2.Назовите патологию твердых тканей зубов, сопровождающуюся появлением пятен на зубах.
  - 3.С чем связана системность поражения зубов?
  - 4.Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дифференциальной диагностики.
  - 5.Какие соматические заболевания могут привести к вышеуказанным состояниям?
- 

## **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

### **Задача № 3**

Пациент А., 18 лет жалуется на боли при приеме сладкого, исчезающие после полоскания рта водой. В фиссурах 1.6 и 1.7 зубов при зондировании определяется дефект в эмали, зонд задерживается.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Составьте план лечения.
- 3.Расскажите об особенностях распространения кариозного процесса в эмали и дентине.
- 4.Дайте определение кариеса.
- 5.Расскажите об особенностях препарирования кариозных полостей I класса.

## **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

### **Задача № 4**

Пациентка С., 36 лет, обратилась с жалобами на кратковременные боли от температурных и химических раздражителей в области 4.4 и 4.5 зубов, которые появились около 3-х недель назад. При осмотре на жевательной поверхности 4.4 зуба обнаружены пигментированные фиссуры, при зондировании безболезненны, отмечается шероховатость эмали, зонд фиксируется. Температурная проба отрицательна. 4.5 - в пришеечной области кариозная полость в пределах эмалево-дентинного соединения, дно полости пигментировано, болезненно при зондировании.

- 1.Поставьте диагноз.
  - 2.Используйте дополнительные методы обследования.
  - 3.Проведите дифференциальную диагностику.
  - 4.Составьте план лечения.
  - 5.Расскажите о пломбировочных материалах, которые могут быть использованы для пломбирования кариозных полостей данных классов.
- 

## **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

### **Задача №5**

Пациент К. Жалобы на боли при приеме сладкой, кислой, холодной и горячей пищи в области 4.6, 4.7, 4.8 зубов, прекращающиеся после устранения раздражителя. Визуально и при зондировании кариозная полость не определяется. При проведении температурной пробы появилась боль, прекратившаяся после устранения раздражителя в 47 зубе. ЭОД 4.6, 4.8 – 4-6 мкА., 4.7 – 12 мкА.

- 1.С какого зуба вы начнете проведение температурной пробы?
  - 2.Какие методы дополнительного исследования помогут уточнить диагноз и локализацию кариозной полости.
  - 3.ЭОД как дополнительный метод обследования.
  - 4.Расскажите о действии лечебных прокладок.
  - 5.Какая локализация кариозных полостей требует проведения дополнительных методов исследования?
- 

## **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

### **Задача № 6**

Пациент К., предъявляет жалобы на боли от температурных раздражителей, быстро проходящие после устранения раздражителя. На жевательной поверхности 1.7 зуба кариозная полость в пределах эмали и средних слоев дентина. Зондирование после препарирования резко болезненно по эмалево-дентинному соединению.

1. Поставьте диагноз.
2. Расскажите этапы лечения пациента.
3. Этапы препарирования кариозных полостей.
4. Особенности препарирования кариозных полостей по Блэку, по Лукомскому.
- 5.Расскажите о пломбировочных материалах для постоянных пломб.

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 7**

Пациент П., обратился в клинику с жалобами на наличие кариозной полости в 1.3 зубе, попадание пищи в межзубной промежутки. На латеральной контактной поверхности кариозная полость в пределах эмали и средних слоев дентина. Зондирование дна и стенок кариозной полости безболезненно. Препарирование проводилось под анестезией.

1. Какие дополнительные методы необходимо провести для постановки диагноза?
  2. Проведите дифференциальный диагноз.
  3. При какой стадии кариеса возможно бессимптомное течение.
  4. Чем объясняется бессимптомное течение?
  5. Расскажите о пломбировочных материалах для временных пломб.
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 8**

Пациент А., жалуется на боли при приеме пищи (от холодного, горячего и сладкого). При осмотре: на контактной поверхности 4.5 зуба белое пятно очаговой деминерализации. Зондирование не представляется возможным из-за плотного контакта с 4.6 зубом, на передней контактной поверхности которого стоит пломба из композита.

1. Какой предполагаемый диагноз?
  2. Какие дополнительные методы обследования помогут поставить окончательный диагноз?
  3. К какому классу относится кариозная полость?
  4. Расскажите об особенностях препарирования кариозных полостей, расположенных на контактных поверхностях моляров и премоляров.
  5. Пломбирование кариозных полостей на контактных поверхностях.
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 9**

Пациентка Ю., 30 лет. При осмотре обнаружена на жевательной поверхности 3.6 зуба глубокая кариозная полость. Обоснован и поставлен диагноз "кариес дентина" (глубокая кариозная полость).

1. Какие Вы знаете особенности препарирования глубоких кариозных полостей?
2. Особенности антисептической обработки.
3. Особенности пломбирования глубоких кариозных полостей.
4. Какие клинические симптомы характерны для глубокого кариеса.
5. Чему соответствует диагноз "глубокий кариес" в международной классификации.

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 10**

Пациент Р. Жалобы на боли от температурных и механических раздражителей. В последние сутки боль стала самопроизвольной, усилилась ночью. При осмотре на контактных поверхностях 3.5 и 3.6 зубов глубокие кариозные полости, заполненные светлым, размягченным дентином, который слоями удаляется экскаватором. После удаления размягченного дентина, зондирование дна полости 36 зуба резко болезненно в одной точке, 35 зуба - болезненно по всей поверхности дна кариозной полости. Сообщения с полостью зуба (35 и 36)- нет.

- 1.Какие методы обследования необходимы для проведения дифференциальной диагностики?
  - 2.Поставьте диагноз.
  - 3.Составьте план лечения 35 и 36 зубов.
  - 4.Будет ли отличаться метод лечения 36 зуба, если пациенту 20 лет или 45.
  - 5.Расскажите о механизме действия лечебных прокладок.
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 11**

Пациент М., 36 лет, обратился в клинику с жалобами на резкие боли от температурных раздражителей в области 16 и 17 зубов, проходящие после прекращения действия раздражителя. При осмотре на передней контактной поверхности 17 зуба – глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином, на задней контактной поверхности 16 зуба – пломба из амальгамы. Зондирование дна кариозной полости 17 зуба болезненно. Температурная проба 16 и 17 зубов вызывает кратковременную боль, проходящую после устранения раздражителя

- 1.Какие дополнительные методы обследования необходимы в данной ситуации?
  - 2.Поставьте диагноз.
  - 3.Проведите дифференциальный диагноз.
  - 4.Составьте план лечения.
  - 5.Расскажите об особенностях пломбирования кариозных полостей амальгамой.
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 12**

Пациент К., 25 лет, обратился с жалобами на боли от температурных и механических раздражителей. При осмотре определяется глубокая кариозная полость в 36 зубе. После препарирования дно полости пигментированное, бугристое, плотное, зонд скользит. Проведенная температурная проба вызывает постепенно нарастающий и медленно стихающий болевой приступ. ЭОД – 35 мкА.

- 1.Какие методы обследования (основные и дополнительные) помогут поставить правильный диагноз?
- 2.Какие данные анамнеза необходимы для постановки диагноза?
- 3.Расскажите об отличиях жалоб пациента при кариесе и пульпите.
- 4.Какие методы лечения пульпита Вы знаете?
- 5.Выберите метод лечения.

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 13**

Пациентка К., 14 лет, обратилась с жалобами на боль при жевании и действии температурных раздражителей в области 4.7 зуба. При осмотре на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, дно при зондировании плотное, безболезненное. Температурная проба вызывает боль, быстропроходящую после устранения раздражителя. ЭОД- 8 мкА. При препарировании кариозной полости произошло случайное вскрытие полости зуба.

1. Возможно ли в данной ситуации сохранение жизнеспособности пульпы зуба.
  2. Расскажите о показаниях к сохранению пульпы зуба.
  3. Расскажите о местных противопоказаниях к проведению методов сохранения пульпы.
  4. Расскажите об общих противопоказаниях к проведению сохранения пульпы.
  5. Расскажите о методах сохранения жизнеспособности пульпы.
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 14**

У больной Д. в течение недели отмечается боль приступообразного характера в зубах верхней челюсти справа, иррадиирующая в височную область головы. Болезненность усиливается при приёме горячей пищи и в ночное время. При действии холодного раздражителя боль немного уменьшается. При объективном осмотре зубов верхней челюсти справа определяется глубокая кариозная полость в пришеечной области 17 зуба, зондирование дна вызывает резкий приступ боли.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
  2. Составьте план лечения.
  3. Расскажите о топографии полости зуба второго моляра верхней челюсти в зависимости от формы коронки зуба.
  4. Какие трудности при проведении лечения вызывает имеющаяся локализация кариозной полости.
  5. Составьте список необходимых для проведения лечения инструментов, препаратов, пломбирочных материалов.
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 15**

Больная Л. 35 лет обратилась с жалобами на боль в области 16 зуба, возникающую от температурных раздражителей, особенно, при смене температур. Кариозная полость появилась давно (около 1,5 лет), ранее зуб болел очень сильно, особенно ночью. При объективном осмотре на жевательной поверхности обнаружена глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование пульпы резко болезненно, болевая реакция на холодную воду проходит не сразу после удаления раздражителя. Показатель электровозбудимости пульпы – 40 мкА. На рентгенограмме определяется расширение периодонтальной щели в области верхушки небного корня.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Расскажите о топографии полости зуба и корневых каналах 16 зуба.
5. Расскажите о патологоанатомических изменениях в пульпе зуба, возникающих при данном заболевании.

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 16**

Больная К., 53 лет, явилась на прием к врачу с жалобами на кратковременную, самопроизвольную боль в области 17 зуба, усиливающуюся от температурных раздражителей. Зуб ранее никогда не беспокоил. При осмотре на жевательной поверхности определяется глубокая кариозная полость, зондирование дна полости болезненно в одной точке, сообщения с полостью зуба нет. ЭОД- 28 мкА. В анамнезе у пациентки гипертоническая болезнь и сахарный диабет, которыми пациентка страдает в течение многих лет. Врач поставил диагноз - острый очаговый пульпит и для лечения выбрал биологический метод.

- 1.Согласны ли Вы с мнением врача?
  - 2.Оказывает ли имеющаяся соматическая патология и возраст пациента влияние на характер течения данного заболевания?
  - 3.Какой бы Вы выбрали метод?
  - 4.Расскажите о показаниях и противопоказаниях к биологическому методу лечения пульпита.
  - 5.Расскажите о топографии полости 17 зуба, в зависимости от формы коронки.
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 17**

У пациента А., 19 лет, три месяца назад в 46 зубе появилась кариозная полость. При попадании в кариозную полость пищи возникала боль ноющего характера, которая прекращалась после устранения раздражителя. За последние сутки появилась самопроизвольная боль кратковременного характера, несвязанная с действием раздражителя. При осмотре на жевательной поверхности выявлена глубокая кариозная полость. Зондирование дна кариозной полости, болезненно, резкая болезненность наблюдается в области одного из рогов пульпы, полость зуба не вскрыта. ЭОД- 20 мкА. На рентгенограмме виден дефект коронки в виде полости без признаков сообщения с полостью зуба. Верхушечный периодонт без патологических изменений. Пациент отрицает наличие у себя соматической патологии.

- 1.Обоснуйте и поставьте диагноз.
  - 2.Выберите метод лечения.
  - 3.Расскажите об особенностях проведения метода лечения.
  - 4.С чем связывают изменения ЭОД.
  - 5.Расскажите об анатомии и топографии 46 зуба.
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 18**

Пациентка Х., 45 лет, обратилась с жалобами на боли при приеме горячей и холодной пищи в области 45, 46, 47 зубов. Боли беспокоят давно, но в последнее время стали более резкими и продолжительными, однако проходили после тщательного полоскания полости рта. Ночью перед приемом врача отметила приступ самопроизвольных болей, прошедших после приема анальгетика. При осмотре в пришеечной области 46 обнаруживается глубокая кариозная полость, заполненная кариозным дентином, зондирование в одной точке вызывает сильную боль, продолжающуюся около 1-2 мин.

- 1.Проведите дополнительные методы обследования
- 2.Поставьте диагноз.
- 3.Проведите дифференциальную диагностику.
- 4.Предложите все возможные для данного случая методы лечения.
- 5.Расскажите о показаниях и противопоказаниях для каждого.

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 19**

Больной М., 25 лет, обратился с жалобами на боль в области 27 зуба, усиливающуюся при приеме пищи. Объективно: на задней контактной поверхности имеется кариозная полость, заполненная разросшейся тканью, при зондировании которой отмечается резкая болезненность и кровоточивость. На рентгенограмме изменений в периапикальной области и в области бифуркации корней нет. ЭОД- 6 мкА.

- 1.Поставьте диагноз.
  - 2.Проведите дифференциальный диагноз.
  - 3.Расскажите о возможных причинах развития данной ситуации.
  - 4.Выберите метод лечения.
  - 5.Расскажите о видах контактного пункта.
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 20**

Пациент Н., 27 лет обратился с жалобами на болевые ощущения, возникающие при жевании твердой пищи и иногда от температурных раздражителей в области 46 и 47 зубов. 46 запломбирован около года тому назад. При осмотре на жевательной поверхности 46 зуба пломба из композитного материала, краевое прилегание не нарушено, перкуссия безболезненна. У 47 зуба на жевательной и задней контактных поверхностях большая кариозная полость, заполненная мягкой тканью бледно-розового цвета (по консистенции и цвету сходна с десной), зондирование вызывает болезненность и кровоточивость.

- 1.Какие дополнительные методы Вам необходимы для постановки диагноза.
  - 2.Каков предполагаемый диагноз?
  3. Проведите дифференциальную диагностику
  4. Составьте план лечения в зависимости от показаний ЭОД (I: ЭОД -.6 мкА, II: ЭОД-40 мкА)
  5. Расскажите о современных эндодонтических методиках.
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 21**

Пациент К., предъявляет жалобы на боли, как самопроизвольные, так и от температурных и механических раздражителей, ночные боли в области 16 . Приступы длятся от нескольких минут до получаса. Зуб был ранее запломбирован, пломба выпала около года тому назад и сразу появились быстропроходящие болевые ощущения от температурных и механических раздражителей. Несколько месяцев назад боли стали более продолжительными, боль сохранялась после устранения раздражителя. Несколько дней назад зуб стал беспокоить и по ночам. При осмотре на жевательной поверхности 16 зуба обнаруживается глубокая кариозная полость, заполненная остатками пломбы и кариозным дентином. Зондирование дна полости, температурная проба вызывает длительный болевой приступ с иррадиацией в соседние зубы. ЭОД-40 мкА.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз
- 3.Расскажите об особенностях зондирования кариозной полости при разных формах пульпита.
- 4.Методы лечения пульпита.
- 5.Составьте список необходимых инструментов, препаратов, пломбировочных материалов для проведения методов лечения пульпита.

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 22**

Пациент А., 20 лет, обратился с жалобами на ноющие продолжительные боли, возникающие при приеме холодной и горячей пищи, вдыхании холодного воздуха, косметический дефект 11 зуба. Зуб беспокоит около года. При осмотре - на латеральной поверхности глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином, при зондировании дна кариозной полости определяется сообщение с полостью зуба, зондирование резко болезненно. ЭОД- 37 мкА.

1. Поставьте диагноз.
  2. Проведите дифференциальный диагноз.
  3. Выберите метод лечения.
  4. Расскажите о современных эндодонтических методиках.
  5. Расскажите о реставрации зубов.
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 23**

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная 17 лет с жалобами на наличие светло-коричневых пятен на резцах верхней и нижней челюстей. При зондировании поверхность пятен гладкая, эмаль блестящая.

Из анамнеза известно, что с 3 до 7 лет больная проживала в местности с содержанием фтора в воде 2,5 мг/л.

1. Поставьте диагноз.
  2. Проведите диф.диагностику.
  3. Назначьте лечение.
  4. Назовите меры профилактики при данной патологии.
  5. Что явилось причиной развития заболевания?
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 24**

Больной 18 лет обратился с жалобами на боли в 11 зубе, возникшие сразу после травмы. При осмотре: коронка 11 зуба отломана на 1/2 длины, полость зуба вскрыта, пульпа кровоточит, резко болезненна при зондировании.

1. Поставьте диагноз.
  2. Назовите дополнительные методы диагностики.
  3. Составьте план лечения.
  4. Назовите пломбировочные материалы для восстановления дефекта коронки.
  5. Назовите способы реставрации.
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 25**

В клинику терапевтической стоматологии обратился больной 46 лет с целью санации. При осмотре на вестибулярной поверхности в пришеечной области 23 зуба обнаружен дефект в виде клина. При зондировании стенки дефекта гладкие, безболезненные.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диф.диагностику.
3. Назовите причины возникновения данного заболевания.
4. Существуют ли эффективные меры профилактики этой патологии?
5. Назначьте лечение.

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 26**

Больная 43 лет обратилась с жалобами на боли в передних зубах верхней челюсти от кислого, холодного, наличие дефектов в этих зубах.

Анамнез: дефекты появились 5 лет назад, боли от холодного появились 3 месяца назад. Страдает тиреотоксикозом.

При осмотре: на вестибулярной поверхности экваториальной области 12,11,21,22, вогнутые дефекты эмали овальной формы, размером до 0,3 см с гладким, плотным дном.

1. Поставьте диагноз.
  2. Проведите диф.диагностику.
  3. Назовите стадии этого заболевания.
  4. Укажите причины возникновения.
  5. Назначьте лечение.
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 27**

Больной 38 лет обратился с жалобами на боли от температурных и химических раздражителей в передних зубах верхней и нижней челюстей.

Работает на предприятии химической промышленности. При осмотре 12,11,21,22,32,31,41,42 снижена высота коронок на 1/3, по режущему краю оголен пигментированный плотный дентин, зондирование безболезненное.

1. Поставьте диагноз.
  2. Проведите диф.диагностику.
  3. Объясните этиологию этого заболевания.
  4. Назначьте лечение.
  5. Укажите методы профилактики этого заболевания.
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 28**

Больная 17 лет жалуется на болезненность и кровоточивость десен во время чистки зубов и при приеме пищи. Анамнез: кровоточивость усиливается во время месячных. Подобные явления беспокоят периодически, чаще весной и осенью в течение трех лет, последние три месяца болезненность и кровоточивость десен усилились. Курит три года.

Объективно: определяется гиперемия, отечность десневого края, ложные зубодесневые карманы, зубы интактные, повышенная вязкость слюны, обильный мягкий зубной налет, гигиенический индекс OGI(S)=2,5.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите этиологические факторы.
3. Назовите естественные защитные факторы полости рта, способствующие самоочищению.
4. Объясните влияние курения на развитие воспалительных заболеваний пародонта.
5. Расскажите о роли энзимов в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта.

## **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

### **Задача № 29**

Больная М. 24 года обратилась с жалобами на периодическую кровоточивость десны в области 26 зуба, застревание пищи между 25-26 зубами, в последние 2 дня появилась боль в области 26 при приеме пищи.

Анамнез: 2 года назад произведена реставрация коронки 26 зуба. Жалобы на кровоточивость десны появились год спустя.

Объективно: 25 зуб интактный, на медиально - жевательной поверхности 26 - пломба, межзубное пространство между 25 и 26 свободно от пломбировочного материала, контактный пункт между зубами отсутствует. Десневой сосочек между 25 и 26 отечен, застойно- гиперемированного цвета, при надавливании у его основания наблюдается кровоточивость и болезненность. Гигиенический индекс по Федорову-Володкиной -1,2 балла, зубной камень отсутствует.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите основной этиологический фактор.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Какой препарат для местной терапии будет способствовать выздоровлению?

---

## **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

### **Задача № 30**

Больной Н., 43 лет обратился с жалобами на неприятный запах изо рта, боли и кровоточивость десен, повышение температуры до субфебрильных цифр в течение двух дней. Начало заболевания больной связывает с недавним переохлаждением.

Объективно: обилие мягкого зубного налета, полость рта не санирована, десневые сосочки усеченной формы, их верхушки некротизированы, изъязвлены. Между здоровой и пораженной десной определяется демаркационная линия.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику, консультации каких смежных специалистов потребуются?
3. Проведите дополнительный метод обследования, позволяющий подтвердить Ваш диагноз.
4. План общего лечения и рекомендации.
5. Назначьте местное лечение.

---

## **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

### **Задача № 31**

Больная 50 лет предъявляет жалобы на незначительные болевые ощущения в деснах при чистке зубов, приеме твердой и горячей пищи.

Анамнез: подобные явления беспокоят в течение полугода. 2 года назад проведена операция по поводу язвенной болезни желудка. Пациентке отмечает частые запоры, чувство дискомфорта в эпигастральной области.

Объективно: определяется гиперемия десневого края; по краю десны, у вершин десневых сосочков обнаружены множественные эрозии, покрытые налетом. После снятия налета обнажается эрозивная поверхность, гладкая, блестящая, кровоточащая при механическом раздражении. Прикус ортогнатический. На ортопантомограмме изменений не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Направьте на консультацию к смежным специалистам.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите возможные физиотерапевтические методы лечения.

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 32**

Больная К., обратилась с жалобами на кровоточивость десен при чистке зубов, неприятный запах изо рта. Заметила кровоточивость 6 мес назад.

Объективно: десневые сосочки на верхней и нижней челюсти застойно – гиперемированы, рыхлые, кровоточат при зондировании, имеются обильные назубные отложения, кариозные зубы, нависающие, травмирующие десну края пломб. На окклюзиограмме множественные суперконтакты.

1. Поставьте предварительный диагноз.
  2. Какие дополнительные методы исследования подтвердят Ваш диагноз?
  3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
  4. Составьте план лечения.
  5. Какие физиотерапевтические процедуры Вы будите рекомендовать с профилактической целью?
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 33**

Больная Л., 48 лет, обратилась с жалобами на чувство стянутости, жжения в полости рта. При осмотре на задних отделах слизистой оболочки щек, спинке языка выявлены слившиеся полигональные папулы серовато-белого цвета, люминесцирующие в лучах Вуда беловато-желтоватым светом. Отмечаются острые бугры у третьих моляров, пломбы из амальгамы на вестибулярной поверхности в пришеечной области 16, 26, 27, 37,47 зубов; шероховатые потемневшие пластмассовые пломбы у 13, 12, 11, 21, 22 зубов.

1. Поставьте диагноз.
  2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию СОПР?
  3. Какие местные факторы могли стать причиной данного заболевания?
  4. Назначьте общее лечение заболевания слизистой оболочки полости рта.
  5. Назначьте местное лечение заболевания слизистой оболочки полости рта.
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 34**

Мужчина, 36 лет, обратился жалобами на боли при приеме пищи.

Анамнез: в течение последних 2-х месяцев на боковой поверхности языка слева образовался дефект слизистой оболочки полости рта.

Объективно: полость рта не санирована. Имеется некачественный мостовидный протез с опорой на 36 и 38 зубы. На боковой поверхности языка слева наблюдается язва размером 0,3х0,8 см, с ровными краями, при пальпации резко болезненна. Лимфоузлы подчелюстные увеличены, подвижны и болезненны.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения.
4. Назначьте противовоспалительную и эпителизирующую терапию.
5. Какой из физиотерапевтических методов Вы назначили бы?

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 35**

В стоматологическую поликлинику обратился больной Ж. 40 лет с жалобами на боль в области 16 зуба. Анамнез: больной был на приеме врача по поводу обострения хронического пульпита 16 зуба. Анестетики не переносит. Поставлена мышьяковистая паста под повязку из искусственного дентина неделю назад. Объективно: на десневом сосочке между 16 и 17 зубами дефект слизистой оболочки десневого сосочка диаметром 0,3х0,3 см покрытый фибринозным налетом желтоватого цвета. Полость зуба закрыта не герметично. Перкуссия резко болезненна.

1. Поставьте диагноз;
  2. С чем проводится дифференциальная диагностика?
  3. Составьте план лечения;
  4. Какие антидоты Вы назначите?
  5. В чем заключается профилактика данного осложнения?
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 36**

Больной А., 64 лет, обратился с жалобами на сухость, жжение во рту по ночам, отчего просыпается и вынужден полоскать полость рта водой. Считает, что страдает бессонницей по этой причине.

Анамнез: год назад больной протезировался несъемным протезом с опорой на 15 по 17 зубы.

Объективно: при осмотре конфигурация лица без видимых изменений. В полости рта – металлические несъемные протезы с напылением с опорой на 15 по 17 зубы. На 26 и 37 зубах пломбы из амальгамы. Уровень микроотоков – 10 мкА. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Наблюдается вязкость слюны.

1. Поставьте диагноз;
  2. Проведите дифференциальную диагностику;
  3. Составьте план лечения;
  4. Какие препараты местного и общего применения назначить?
  5. Какие профилактические мероприятия Вы будете рекомендовать больному?
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 37**

Больной К., 50 лет, обратился с жалобами на боли в области слизистой оболочки щеки справа, возникающие при приеме пищи.

Анамнез: больной заметил помутнение слизистой оболочки щеки справа 5 лет назад. К врачу не обращался. Курит в течение 25 лет. Боль возникла 2 дня назад во время приема пищи и накусывания на слизистую оболочку щеки.

Объективно: на фоне мутновато-серой слизистой оболочки переднего отдела щеки справа наблюдается бугристый рельеф СО, симптом «булыжной мостовой».

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте план лечения;
4. Препараты местного применения;
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 38**

Пациент 18 лет обратился с жалобами на резкую боль при приеме пищи, разговоре, обильное слюноотделение, на множественные высыпания в полости рта. Заболевание сопровождается повышением температуры тела до 38,5 градусов, недомоганием, головной болью.

Анамнез: Считает себя больным 4 дня. Высыпания появились в день обращения к врачу. Ранее заболевание рецидивировало 1-2 раза в год. Две недели назад перенес грипп.

Объективно; поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На красной кайме губ наблюдаются эрозии и корочки желтоватого цвета. На коже в области верхней и нижней губы отдельные пузырьки с желтоватым содержимым.

1. Поставьте диагноз;
  2. Проведите дифференциальную диагностику;
  3. Составьте план лечения;
  4. Назначьте противовирусные препараты для местного и общего лечения;
  5. Рекомендации по профилактике данного заболевания;
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 39**

Больная в., 46 лет обратилась с жалобами на сухость в полости рта, жжение и образования налета по всей поверхности СОПР, захватывая и дорсальную поверхность языка.

Анамнез: больная в течение длительного времени применяла антибиотики широкого спектра действия при лечении бронхита.

Объективно: поражена вся СОПР, резко гиперемирована, покрыта налетом с коричневатобурным оттенком. При поскабливании налет отслаивается с трудом, под ним обнаруживается эритема или кровоточащие эрозии.

1. Поставьте диагноз;
  2. Проведите дифференциальную диагностику;
  3. Составьте план лечения;
  4. Назначьте противогрибковые препараты местного и общего действия;
  5. Рекомендации по профилактике данного заболевания;
- 

### **Ситуационная задача по терапевтической стоматологии**

#### **Задача № 40**

Больной Э., 40 лет обратился к врачу с жалобами на жжение в полости рта и обильное слюноотделение.

Анамнез: после употребления молока у больного через 2-е суток повысилась температура до 38-39°C, общая слабость, боль в суставах и мышцах.

Объективно: СОПР гиперемирована, отечна. На СО афтоподобные элементы. Подобные патологические элементы на коже лица вблизи крыльев носа.

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте план лечения;
4. Назначьте противовирусные препараты;
5. Ваши рекомендации по профилактике данного заболевания;

# Приложение 3

**Перечень практических манипуляций по ГИА  
(терапевтическая стоматология).**

1. Препарирование кариозной полости I класса по Блеку.
2. Препарирование кариозной полости II класса по Блеку.
3. Препарирование кариозной полости III класса по Блеку.
4. Препарирование кариозной полости IV класса по Блеку.
5. Препарирование кариозной полости V класса по Блеку.
6. Пломбирование кариозной полости композитом химического отверждения (средний кариес).
7. Пломбирование кариозной полости композитом светового отверждения (глубокий кариес).
8. Провести реминерализующую терапию раствором глюконата кальция 10% (кариес в стадии пятна).
9. Запечатывание фиссур герметиками (профилактика кариеса).
10. Схема лечения при травматических поражениях СОПР.
11. Определение гигиенического индекса по Федорову-Володкиной.
12. Механическая обработка корневых каналов техникой CrownDown.
13. Механическая обработка корневых каналов техникой StepBack.
14. Пломбирование корневых каналов методом одного штифта.
15. Пломбирование корневых каналов методом латеральной конденсации.

**Перечень практических манипуляций по ГИА  
(хирургическая стоматология).**

1. Проведение проводниковых анестезий на нижней челюсти: туберальная (нерв, зона обезболивания, методика).
2. Проведение проводниковых анестезий на верхней челюсти: инфраорбитальная анестезия (нерв, зона обезболивания, методика).
3. Удаление зубов на верхней челюсти щипцами : (16 зуб).
4. Проведение проводниковых анестезий на нижней челюсти: ментальная анестезия (нерв, зона обезболивания, методика).
5. Проведение проводниковых анестезий на верхней челюсти: резцовая анестезия (нерв, зона обезболивания, методика).
6. Проведение проводниковых анестезий на нижней челюсти: торусальная анестезия (нерв, зона обезболивания, методика).

7. Проведение проводниковых анестезий на верхней челюсти: небная анестезия (нерв, зона обезболивания, методика).
8. Проведение сердечно – легочной реанимации.
9. Удаление зубов на нижней челюсти щипцами: (47 зуб)
10. Удаление зубов на верхней челюсти щипцами : ( 14 зуб)
11. Удаление зубов и их корней угловым элеватором : (46 зуб)
12. Удаление зубов и их корней прямым элеватором : (36 зуб).
13. Удаление зубов на верхней челюсти щипцами : (25 зуб)
14. Проведение проводниковых анестезий на нижней челюсти: мандибулярная (нерв, зона обезболивания, методика).
15. Удаление зубов на нижней челюсти щипцами : (31 зуб).

Билет № 1

Проведение пломбирования кариозной полости I класса зуба 7,4 стеклономерным цементом.

Зав.кафедрой  
СДВЧЛиПХ, к.м.н.

Нуритдинов Р.М.

Билет № 2

Проведение неинвазивной герметизации фиссу зуба 3.6

Зав.кафедрой  
СДВЧЛиПХ, к.м.н.

Нуритдинов Р.М.

Билет № 3

Подготовка зуба к инвазивной герметизации и расшлифовывание фиссур зуба 1.6.

Зав.кафедрой  
СДВЧЛиПХ, к.м.н.

Нуритдинов Р.М.

Билет № 4

Пломбирование кариозной полости V класса зуба 8.4 стеклономерным цементом.

Зав.кафедрой  
СДВЧЛиПХ, к.м.н.

Нуритдинов Р.М.

Билет № 5

Проведение пломбирования кариозной полости V класса зуба 7.1  
стеклоиномерным цементом.

Зав.кафедрой  
СДВЧЛиПХ, к.м.н.

Нуритдинов Р.М.

Билет № 6

Проведение препарирования кариозной полости I класса на зубе 5.5 и  
подготовления полости к пломбированию стеклоиномерным цементом.

Зав.кафедрой  
СДВЧЛиПХ, к.м.н.

Нуритдинов Р.М.

Билет № 7

Проведение препарирования кариозной полости I класса на зубе 5.4 и  
подготовления полости к пломбированию стеклоиномерным цементом.

Зав.кафедрой  
СДВЧЛиПХ, к.м.н.

Нуритдинов Р.М.

Билет № 8

Препарирование кариозной полости I класса на зубе 6.1 и  
подготовления полости к пломбированию стеклоиномерным цементом.

Зав.кафедрой  
СДВЧЛиПХ, к.м.н.

Нуритдинов Р.М.

Билет № 9

Наложение матричной системы для пломбирования стеклоиномерным  
цементом кариозной полости II на зубе 7.5.

Зав.кафедрой  
СДВЧЛиПХ, к.м.н.

Нуритдинов Р.М.

Билет № 10

Определение диагностических индексов (гигиены полости рта,  
пародонтальные, распространённости и интенсивности кариеса).

Зав.кафедрой

СДВЧЛиПХ, к.м.н.

Нуритдинов Р.М.

Билет № 11

Выявление местных факторов риска развития заболеваний зубов, тканей пародонта, патологии прикуса.

Зав.кафедрой  
СДВЧЛиПХ, к.м.н.

Нуритдинов Р.М.

Билет № 12

Выполнение различных методов местного обезболивания при стоматологических вмешательствах у детей и подростков.

Зав.кафедрой  
СДВЧЛиПХ, к.м.н.

Нуритдинов Р.М.

Билет № 13

Составление плана лечебно-профилактических мер соответственно диспансерной группе ребенка.

Зав.кафедрой  
СДВЧЛиПХ, к.м.н.

Нуритдинов Р.М.

Билет № 14

Выполнение различных методов местного обезболивания при стоматологических вмешательствах у детей и подростков

Зав.кафедрой  
СДВЧЛиПХ, к.м.н.

Нуритдинов Р.М.

## **Ортопедия.**

### **Мануальные навыки.**

1. задание: сформируйте полость под вкладку, соблюдая правила асептики и антисептики.

2. Задание: отпрепарируйте зуб под металлокерамическую коронку, соблюдая правила асептики и антисептики.

3. Задание: Отпрепарируйте зуб под искусственные штампованную коронку, соблюдая правила асептики и антисептики.
4. Задание: Получите оттиск с зубного ряда верхней челюсти альгинатной массой для частично съемного протезирования.
5. Задание: отпрепарируйте зуб под пластмассовую коронку, соблюдая правила асептики и антисептики.
6. Задание: отпрепарируйте зуб под фарфоровую коронку, соблюдая правила асептики и антисептики.
7. Задание: Получите двуслойный оттиск силиконовой массой для изготовления металлокерамической коронки.
8. Задание: Перечислите ортопедические инструменты.
9. Задание: Техника мытья рук.
10. Задание: отпрепарируйте зуб под цельнолитую коронку, соблюдая правила асептики и антисептики.

**Раздел Стоматология детского возраста (детская терапевтическая стоматология, ортодонтия, детская ЧЛХ)**

1. Подбор средств и предметов гигиены полости рта ребенку 5 лет.
2. Подбор средств и предметов гигиены ребенку 12 лет.
3. Проведение реминерализующей терапии при множественном кариесе эмали у ребенка.
4. Проведение инвазивной герметизации фиссур.
5. Лечение кариеса II класса временного зуба.
6. Лечение кариеса V класса временного зуба.
7. Лечение кариеса I класса на первом моляре ребенку 13 лет.
8. Лечение пульпита постоянного многокорневого зуба методом витальной ампутации у ребенка.
9. Лечение пульпита постоянного однокорневого зуба у ребенка методом высокой ампутации.
10. Расчет КДМ по методу Понна.
11. Расчет КДМ по методу Тонна.
12. Расчет КДМ по методу Коркхауза.
13. Расчет апикального базиса по методу Снагиной.
14. Построение диаграммы Хаулея-Гербера-Гербста.
15. Анализ боковой ТРГ головы.
16. Анализ ОПТГ.
17. Определение гармонии зубных рядов по методу Герлаха.
18. Удалить временные зубы на верхней челюсти, описать абсолютные и относительные показания к удалению временных зубов.

19. Удалить временные зубы на нижней челюсти, описать абсолютные и относительные показания к удалению временных зубов.
20. Провести аппликационное и инфильтрационное обезболивание на верхней и нижней челюсти у детей, описать показания к применению данных видов местного обезболивания.
21. Провести проводниковое обезболивание на верхней челюсти у детей.
22. Провести проводниковое обезболивание на нижней челюсти у детей.
23. Выполнить репозицию отломков при переломе нижней челюсти у ребенка 13 лет, провести постоянную иммобилизацию.
24. Провести пластику уздечки верхней губы ребенку 10 лет, определить показания к госпитализации пациента.
25. Провести пластику уздечки языка новорожденному.