

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный  
центр Сибирского отделения Российской академии наук»  
(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ  
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ОБЩЕЙ  
ПРАКТИКИ» БАЗОВОЙ ЧАСТИ БЛОКА 1 «ДИСЦИПЛИНЫ  
(МОДУЛИ) ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ –  
ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ  
В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ  
31.08.72 СТОМАТОЛОГИЯ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

Утвержден на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол №. 2. от  
27 января 2020 г.)

Составитель:

к.м.н., доцент      Е.В. Федотова

Красноярск  
2020

Контролируемая специальность	Код контролируемой компетенции	Вид оценочного средства	Количество заданий
<b>Стоматология общей практики</b>	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-12	тестовые задания	725
	УК-1 УК- 2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-12	контрольные вопросы	54
	ПК-5 ПК-7 ПК-9	Ситуационные задачи	17
	ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9	практические навыки	43

### **Контрольные вопросы для собеседования**

- 1.Пародонт. Определение. Клинические и рентгенологические признаки здорового пародонта. Анатомо-гистологическое строение, возрастные особенности. Функции. Биомеханика.
- 2.Герпесы. Эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 3.Гингивит: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение
- 4.Физические методы лечения в стоматологии. Показания и противопоказания.
- 5.Дентин зуба. Гистологическое строение, химический состав, физиологические свойства. Понятие о пульпо-дентинном комплексе.
- 6.Хронические формы пульпита: классификация, клиника, диагностика, лечение.
- 7.Пародонтит. Этиология, патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, лечение.
- 8.Острый верхушечный периодонтит. Клиника, диагностика, лечение. Современные принципы заапикальной терапии.
- 9.Лейкоплакия. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 10.Хроническая травма слизистой оболочки полости рта (СОПР). Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 11.Принципы местной терапии при пародонтите. Показания, противопоказания, инструментарий, техника проведения кюретажа.

- 12.Патоморфология, клинико-рентгенологическая картина хронического периодонтита. Дифференциальная диагностика. Принципы формирования дизайна корневого канала. Апекслокация.
- 13.Этиология, патогенез, клиника хронических форм пульпита. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
- 14.Гингивиты. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 15.Проявление аллергии в полости рта. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика лекарственных стоматитов.
- 16.Болезни пародонта. Современные представления об этиологии и патогенезе.
- 17Хронический гранулематозный периодонтит. Клиника, диагностика, лечение. Ошибки и осложнения при лечении, их предупреждение и устранение
- 18.Этиология и патогенез кариеса зубов. Понятие о кариесрезистентности, кариесвосприимчивости зубов и кариесогенной ситуации.
- 19.Принципы планирования комплексной терапии пародонтита. Особенности ведения пациентов в зависимости от характера течения заболевания и степени тяжести.
- 20Применение композитных материалов для пломбирования кариозных полостей. Выбор материала. Показания, методика пломбирования.
- 21.Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
- 22.Гиперестезия твердых тканей зуба: этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.
- 23.Кариес в стадии пятна: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
- 24.Профилактика заболеваний пародонта.
- 25.Глубокий кариес: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения.
- 26.Хронический гангренозный пульпит. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.
- 27.Эндодонтические инструменты, классификация, маркировка, правила работы с ними.
- 28.Язвенный гингивит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
- 29.Методы обследования больного с патологией пародонта.
- 30.Профилактика заболеваний пародонта. Роль контролируемой гигиены. Гигиенический индекс. Методы и средства профессиональной чистки зубов.
- 31.Адгезивная техника. Адгезивные системы. Химический состав, свойства адгезивов.
- 32.Предраковые заболевания СОПР. Признаки малигнизации, тактика врача-стоматолога общей практики на разных этапах диспансерного наблюдения.

- 33.Эндемический флюороз: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
- 34.Клиновидный дефект: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
- 35.Эрозия твердых тканей зуба: этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
- 36.Современные представления о развитии кариеса зубов.
- 37.Пузырчатка. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 38.Хронический гангренозный пульпит. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения
- 39.Пародонтоз. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
- 40.Гигиена полости рта. Значение в комплексе профилактических мероприятий. Средства и методы.
- 41.Методы и средства медикаментозной обработки каналов корня зуба (ирригация).
- 42.Периодонт. Анатомо-гистологическое строение, физиология, функции.
- 43.Хронический гипертрофический пульпит. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
- 44.Красный плоский лишай СОПР. Этиология, патогенез, клинические формы, дифференциальная диагностика, лечение. Тактика стоматолога при санации.
45. Оценка критического состояния жизни больного.
46. Анафилактический шок, причины, профилактика, лечение
47. Коллапс, обморок причины, лечение
48. Реанимационные мероприятия в условиях стоматологии
49. Состав противошоковой аптечки
50. Виды местной анестезии. Инфильтрационная анестезия мягких тканей лица, альвеолярного отростка, зубов.
51. Способы проводниковой анестезии, используемые для блокады передних, средних и задних верхних альвеолярных нервов. Методы их проведения.
52. Способы проводниковой анестезии, используемые для блокады большого небного и резцового нервов. Методы проведения.
53. Способы проведения стволовой анестезии верхнечелюстного нерва.
54. Стандарты проведения нутритивных способов мандибулярной анестезии.

### **Перечень практических навыков**

1. Организовать рабочее место к приему пациентов с учетом эргономики, правил асептики и антисептики, профилактики гепатита и СПИДа.
2. Провести оснащение стоматологического кабинета с учетом санитарно – гигиенических требований и комплектации средств для неотложной помощи.
3. Составить план лечебной работы и профилактических мероприятий.

4. Организовать приём больных.
5. Проводить опрос пациента, его родственников или сопровождающих: выявить жалобы, собрать анамнез в различные периоды жизни и болезни, эпидемиологический и аллергологический анамнез.
6. Выполнить осмотр, пальпацию мягких тканей и костей лицевого скелета, лимфатических узлов, слюнных желёз.
7. Провести осмотр полости рта и оценить её гигиеническое состояние.
8. На основании клинического обследования поставить и обосновать предварительный диагноз или сделать диагностическое предположение.
9. Составить план лабораторно-инструментального обследования пациента.
10. Выполнить зондирование десневого желобка, пародонтальных карманов.
11. Выполнить зондирование, перкуссию, определить степень подвижности зубов.
12. Провести термодиагностику, электроодонтодиагностику и функциональные диагностические пробы.
13. Провести анализ рентгенограмм челюстно-лицевой области.
14. Взять материал для проведения цитологического, гистологического и бактериологического исследований.
15. Определить центральную окклюзию при фиксированной и нефиксированной межальвеолярной высоте.
16. Сделать вывод о состоянии здоровья или болезни пациента. Сформулировать и обосновать клинический диагноз с учетом современных классификаций.
17. Провести индивидуальную и профессиональную гигиену полости рта.
18. Провести сошлифовывание пятен на эмали зубов.
19. Выполнить реминерализующую терапию.
20. Нанести фторлак, растворы фторида натрия на зубы.
21. Выполнить герметизацию фиссур.
22. Провести инфильтрационное, проводниковое и аппликационное обезболивание.
23. Выполнить препарирование кариозной полости.
24. Выполнить пломбирование кариозной полости различными пломбировочными материалами.
25. Приготовить и наложить временные пломбировочные материалы, лечебные и изолирующие прокладки.
26. Выполнить шлифование и полирование пломбы.
27. Выполнить раскрытие полости зуба.
28. Наложить мумифицирующую и некротизирующую пасты.
29. Удалить коронковую и корневую пульпу.
30. Определить длину корня и канала.
31. Провести инструментальную и антисептическую обработку корневых каналов.

- 32.Выполнить пломбирование корневых каналов различными материалами.
- 33.Продемонстрировать использование парапульпарных штифтов.
- 34.Удалить над- и поддесневые назубные отложения.
- 35.Провести медикаментозную обработку десневых и пародонтальных карманов, кюретаж и гингивотомию.
- 36.Провести орошение, аппликацию лекарственных средств и инъекцию препаратов при заболеваниях слизистой оболочки рта.
- 37.Восстановить корень зуба стекловолоконным штифтом с культей из композита (подготовка корня, припасовка и фиксация штифта, моделирование культи).
- 38.Провести временное шинирование зубов.
- 39.Провести избирательное пришлифовывание зубов при травматической окклюзии.
- 40.Провести электроодонтодиагностику.
- 41.Определить пародонтальный индекс при осмотре пациента
- 42.Наложить балочную шину при подвижности зубов
- 43.Сформировать схему реминерализующей терапии при множественном кариесе.

### **Перечень тестовых заданий с эталонами ответов**

Тема: 1-1. Организация стоматологической помощи населению

001. Вашему помощнику (сестре) полагается

- а) выполнять неограниченно широкие функции
- б) инструктировать пациента по гигиене полости рта
- в) помогать Вам у кресла
- г) снимать зубной камень
- д) верно б) и в)

002. Основную ответственность за клинический диагноз несет

- а) зубной техник
- б) помощник стоматолога (сестра)
- в) помощник стоматолога, получивший сертификат
- г) врач-стоматолог
- д) верно а) и б)

003. Основную ответственность за правильное начало и дальнейшее планирование гигиенической обработки полости рта пациента несет

- а) зубной техник
- б) помощник стоматолога (сестра) с сертификатом
- в) помощник стоматолога без сертификата
- г) зубной гигиенист

д) стоматолог

004. Зубной техник конструирует протез на основании

- а) выбора цвета и формы зубов
- б) диалога с пациентом
- в) снятия слепка в полости рта
- г) указаний стоматолога
- д) верно а) и б)

005. В каком случае позволительно помощнику сделать пациенту инъекцию?

- а) после того, как помощник самостоятельно оценил статус полости рта
- б) после того, как помощник проверил надписи на лекарстве
- в) после проверки возможной аллергической реакции, самостоятельно проведенной помощником
- г) только по строгому предписанию врача-стоматолога

006. Регистратор может по телефону информировать пациента о стоимости какой-либо работы

- а) после оценки клинической картины на слух
- б) по требованию пациента
- в) по прейскуранту, определенному врачом
- г) этого лучше не делать
- д) верно б) и в)

007. Если пациент по телефону просит лекарство при постоперативных болях Вашему помощнику позволено

- а) ввести медикамент
- б) позвонить фармацевту и самостоятельно рекомендовать лекарство
- в) записать на бумаге его просьбу
- г) отослать пациента к врачу-стоматологу
- д) самостоятельно принять решение о физиотерапевтической процедуре

008. Избавляет от возможных необоснованных обвинений в адрес врача после проведенного не совсем удачного лечения

- а) тщательная запись выполненных манипуляций
- б) запись предписаний
- в) сниженный прейскурант
- г) запись обращений к специалистам
- д) запись полного анамнеза

009. Помощнику (сестре), кроме ассистенции, необходимо

а) записать детально сделанные Вами манипуляции в карточку пациента

б) объяснить пациенту смысл каждой манипуляции

в) соблюдать конфиденциальность проводимых процедур

г) обсудить финансовые расходы с пациентом

д) верно а) и в)

010. В целях асептики важно

а) создать температурные условия (100°C)

б) знать характеристику химического агента

в) знать характеристику микроорганизма

г) знать факторы, влияющие на взаимодействие химического агента и микроорганизма

д) верно а) и б)

011. Вирусный гепатит (virus B) может быть перенесен

а) аэробными микроорганизмами

б) слюной

в) кровью

г) мочой

д) верно б) и в)

012. Самой надежной стерилизацией инструментов, несмотря на всякие новшества, является

а) автоклав

б) кипячение

в) сухой пар

г) дезинфекция детергентами

д) верно б) и в)

013. Основным недостатком автоклавирования инструментов является

а) не уничтожает споры

б) недостаточная очистка инструментов

в) повреждение инструментов, особенно режущих

г) затрата времени

д) верно а) и б)

014. Микроорганизмы, принимающие споровидные формы

а) бациллы

б) кокки

в) вибрионы

г) спирохеты

д) верно б) и в)



015. Бактерии, нуждающиеся в кислороде для своего роста, называются

- а) анаэробы
- б) аэробы (облигатные)
- в) факультативные анаэробы
- г) факультативные аэробы
- д) верно б) и в)

016. Микроорганизмы, которые не могут выживать в присутствии кислорода,

- а) строгие аэробы
- б) строгие анаэробы
- в) факультативные аэробы
- г) факультативные анаэробы
- д) верно а) и б)

017. Полное отсутствие микроорганизмов обеспечивается

- а) антисептикой
- б) асептикой
- в) бактериостатикой
- г) дезинфекцией
- д) верно в) и г)

018. Для всех бактерий абсолютно необходимо

- а) чистый кислород
- б) температура 36.6°C
- в) двуокись углерода
- г) затемнение
- д) верно б) и г)

019. Туберкулезную инфекцию можно получить

- а) если пить молоко от инфицированных коров
- б) контактировать с инфицированными людьми
- в) вдыхать аэрозоль от чихающих
- г) контактировать с инфицированными инструментами
- д) верно все перечисленное

020. Наиболее надежно избавляет от бактерий

- а) замораживание
- б) стерилизация
- в) дезинфекция
- г) растворение
- д) верно в) и г)

021. По отношению к вирусу гепатита справедливы утверждения

- а) вирус может передаваться аэрозолем слюны
- б) вирусы довольно устойчивы по отношению к дезинфекционным препаратам
- в) что, даже малые количества инфицированного материала способны заразить
- г) вирус довольно устойчив по отношению к температуре
- д) все вышесказанное справедливо

022. Наиболее устойчивы к кипячению при 100°C в течение 10 мин

- а) туберкулезные бациллы
- б) протей
- в) вирус гепатита
- г) стафилококк
- д) гонококк

023. В гнойных выделениях не содержится

- а) лейкоциты
- б) бактерии
- в) полисахариды
- г) лимфа
- д) верно б) и г)

024. Самым первым барьером, защищающим тело человека от инфекции, является

- а) кислота желудочно-кишечного тракта
- б) кожа
- в) лимфатическая система
- г) антитела
- д) верно в) и г)

025. Спирт не очень надежное дезинфицирующее средство даже для поверхности инструментов потому, что

- а) от 2 до 5 мин достаточно время для дезинфекции при контакте с ним
- б) требует большего времени - 10 мин
- в) является детергентом
- г) быстро испаряется
- д) верно б) и г)

026. У носителя вирусного гепатита может быть обнаружен вирус

- а) в кале
- б) в слюне
- в) в крови
- г) в слюне и крови
- д) во всем перечисленном

Тема: 1-2. Клиническая анатомия челюстной области

001. Можно ли при остром периодонтите фронтальный зуб запломбировать в первое посещение больного?

а) нет, ибо необходимо создать отток из очага воспаления, для чего зуб оставляют открытым

б) да, если есть показания к разрезу на переходной складке и есть возможность высушить корневой канал

в) да, при условии хорошего освобождения канала и введения антибиотиков в периапикальные ткани

г) да, запломбировать и сделать разрез

д) да, запломбировать и ввести 0.5 мл гидрокортизона

002. При лечении нижнего моляра под мостовидный протез, если медиальные каналы непроходимы, а процесс

локализуется именно вокруг медиального корня, целесообразно избрать тактику

а) электрофореза

б) прохождения каналов машинными дрельборами

в) реплантации

г) удаления медиального корня, а дистальный использовать под протез (гемисекция)

д) удаления зуба и изменения конструкции протеза

003. Пародонтальную кисту относят

а) к пародонтитам

б) к пародонтомам

в) к идиопатическим заболеваниям пародонта

г) к гингивитам

д) к пародонтозу

004. Назовите наиболее действенные способы лечения фиброзной формы гипертрофического гингивита

а) аппликация противовоспалительных препаратов и ферментов

б) введение антибиотиков

в) проведение склерозирующей терапии

г) электрокоагуляция, криохирургия, некротизация десневых сосочков

д) введение биологически активных веществ

005. Оптимальным вариантом лечения пародонтита средней тяжести является

а) антисептическая обработка десны, снятие зубных отложений, обезболивание пародонта, "открытый" кюретаж,

противовоспалительная терапия, окклюзионное пришлифовывание, ортодонтическое, ортопедическое лечение

- б) снятие зубных отложений, воздействие кератолитическими препаратами, "открытый" кюретаж, склерозирующая терапия
- в) антисептическая обработка, склерозирующая терапия, физиотерапия
- г) "открытый" кюретаж, склерозирующая терапия
- д) снятие наддесневых зубных отложений

006. Укажите правильную последовательность этапов кюретажа

- а) обезболивание, удаление поддесневых зубных отложений, удаление размягченного цемента с поверхности корня, удаление грануляций, дезэпителизация лоскута, наложение повязки
- б) удаление над- и поддесневых зубных отложений, выскабливание грануляционной ткани, промывание кармана антисептиками
- в) удаление зубных отложений, размягченного цемента корня, выскабливание грануляций, промывание карманов, введение в карманы противовоспалительных препаратов
- г) удаление отложений, введение в десневой карман антибиотиков
- д) удаление только наддесневых зубных отложений

007. Целью кюретажа является

- а) удаление грануляционной ткани
- б) удаление поддесневых зубных отложений и грануляционной ткани
- в) устранение кармана, создание условий для вторичного приживления десны к тканям зуба
- г) удаление участков проросшего эпителия десны
- д) верно б), в) и г)

008. Показаниями к кюретажу являются

- а) наличие карманов глубиной до 6 мм
- б) наличие карманов глубиной до 4 мм, плотной десны, отсутствие костных карманов
- в) глубина десневых карманов, когда возможен визуальный контроль и имеются костные карманы
- г) глубина десневых карманов до 6 мм и наличие десневых абсцессов
- д) не имеет значения

009. Преимущество электрохирургического метода лечения перед обычным хирургическим

- а) нет необходимости проводить обезболивание
- б) бескровность операции
- в) отсутствие послеоперационных болей
- г) бактерицидное действие высокочастотного тока
- д) простота техники

010. Показания для проведения лоскутных операций при лечении болезней пародонта

- а) гингивиты
- б) пародонтоз
- в) пародонтит легкой и средней степени тяжести
- г) пародонтит средней и тяжелой степени при глубине десневых карманов более 6-7 мм
- д) пародонтит тяжелой степени при подвижности зубов III степени

Тема: 1-3. Методы обследования в терапевтической стоматологии

001. Нормальная частота пульса взрослого человека в пределах

- а) 40-80 ударов в минуту
- б) 60-100 ударов в минуту
- в) 80-120 ударов в минуту
- г) 90-130 ударов в минуту
- д) 100-140 ударов в минуту

002. Свой большой палец лучше не использовать для подсчета пульса у пациента. Основной причиной этого является

- а) очень широкая поверхность пальца
- б) высокая степень ороговения кожи
- в) в ткани пальца проходит собственная пульсирующая артерия, что может привести к ошибке подсчета
- г) в ткани пальца нет пульсирующей артерии
- д) физическое неудобство подсчета пульса с помощью пальца

003. Частота дыхания в минуту взрослого человека находится в пределах

- а) 10-14
- б) 14-20
- в) 16-24
- г) 24-28
- д) 26-50

004. Пациент, регулярно принимающий много салицилатов, например, по поводу артрита, представляет риск и

неудобства при стоматологических вмешательствах, особенно хирургических - по причине

- а) аллергических проявлений
- б) склонности к кровотечению
- в) чувства страха перед лечением
- г) в связи с низким артериальным давлением
- д) в связи с высоким артериальным давлением

005. При обследовании пациента обязательно пальпируется бимануально следующая область

- а) преддверие полости рта
- б) слизистая оболочка щеки
- в) контуры губ
- г) уздечка языка
- д) дно полости рта

006. При проведении электроодонтодиагностики причинного зуба целесообразно начать измерение

- а) сразу с причинного зуба
- б) с антагониста
- в) с подобного зуба на противоположной челюсти
- г) с такого же зуба на противоположной стороне зубной дуги
- д) с любого другого зуба

007. Максимально допустимая доза облучения для каждого из персонала, связанного с работой рентгеновской установки, не должна превышать

- а) 4 БЭР в год
- б) 5 БЭР в год
- в) 6 БЭР в год
- г) 7 БЭР в год
- д) 8 БЭР в год

008. Панорамная рентгенография назначается врачом для того, чтобы  
1) выяснить состояние верхнечелюстных синусов 2) оценить уровень прорезывания зубов 3) оценить соотношение челюстей 4) получить общую оценку зубных рядов и пародонта 5) выявить лицевые и язычные поражения

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1 и 2
- в) верно 2 и 4
- г) верно только 4
- д) все вышеперечисленное верно

Тема: 1- 4.Обезболивание и интенсивная терапия в терапевтической стоматологии

001. В подготовке пациентов к стоматологическому вмешательству под наркозом является обязательным

- а) определение характера стоматологического заболевания и объема вмешательства
- б) определение показаний к проведению наркоза
- в) обследование пациента

- г) консультация анестезиолога
- д) все перечисленное выше

002. Противопоказаниями к проведению местного обезболивания являются

- а) дентофобия
- б) резко выраженная эмоциональность с невротической реакцией
- в) заболевания центральной нервной системы
- г) детский возраст в сочетании с дентофобией
- д) все вышеперечисленное

003. Пульсовое давление при выраженном сосудистом коллапсе

- а) увеличивается, уменьшается
- б) остается неизменным
- в) уменьшается, а затем увеличивается
- г) переменчиво
- д) увеличено

004. Новокаин обладает следующим свойством

- а) антигистаминным
- б) местным анестетиком
- в) противозудным
- г) ингибитором моноаминоксидаз
- д) противошоковым

005. При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются клинические признаки

- а) озноб и лихорадка, бледность, сонливость
- б) судороги, гипертензия, тахикардия
- в) гипотония, судороги, дыхательная недостаточность
- г) диспноэ, гипотония, покраснение кожных покровов
- д) гипертензия, головная боль, тошнота и рвота

006. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется

- а) цианозом
- б) сонливостью
- в) судорогами
- г) тошнотой и рвотой
- д) все вышеперечисленное

007. Из местных анестетиков обладает наибольшей длительностью действия

- а) тримекаин
- б) новокаин
- в) лидокаин

- г) марканин
- д) азакаин

008. Для новокаина преимущественное значение имеет

- а) инфильтрационная, проводниковая инъекция
- б) ниже перечисленные
- в) интралигаментарная инъекция
- г) спонгиозная инъекция
- д) внутрипульпарная инъекция

009. Для лидокаина преимущественное значение имеет

- а) инфильтрационная, проводниковая инъекция
- б) ниже перечисленные
- в) спонгиозная инъекция
- г) интралигаментарная инъекция
- д) внутрипульпарная инъекция

010. Наиболее эффективна инфильтрационная анестезия

- а) верхних премоляров, верхних моляров
- б) ниже перечисленные
- в) нижнего первого моляра
- г) верхнего клыка
- д) центральных нижних резцов

011. Инфильтрационная анестезия наиболее неэффективна

- а) верхних моляров
- б) верхних премоляров
- в) нижнего первого моляра
- г) нижнего клыка
- д) центральных нижних резцов

012. Нордреналин вызывает

- а) спазм артерий и расширение вен
- б) расширение артерий и спазм вен
- в) расширение артерий и вен
- г) спазм артерий и вен
- д) расширение артерий определенных областей

013. Наиболее часто встречающимся осложнением при проведении общей анестезии является

- а) угнетение дыхания
- б) нарушение проходимости дыхательных путей
- в) нарушение сердечного ритма
- г) тахикардия
- д) цианоз



014. Наибольший дыхательный объем создает следующая методика искусственного дыхания

а) положение на животе: сдавление грудной клетки со стороны спины - выдох, поднимание за руки - вдох

б) положение на спине: сдавление грудной клетки - выдох, поднимание рук - вдох

в) положение с запрокинутым подбородком с валиком под плечи

г) искусственная вентиляция "рот в рот"

д) поднимание ног

015. Первым признаком шока является

а) снижение центрального венозного давления

б) снижение сердечного выброса

в) снижение артериального давления

г) повышение артериального давления

д) увеличение венозного возврата

016. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется

а) в ознобе, лихорадке, бледности и сонливости

б) в судорогах, гипертензии, тахикардии

в) в гипотонии, судорогах, дыхательной недостаточности

г) в диспноэ, гипотонии, покраснении кожных покровов

д) в гипертензии, головной боли, тошноте и рвоте

017. Лекарственные препараты, эффективно понижающие токсическое действие новокаина

а) атропин

б) мышечные релаксанты

в) барбитураты

г) кордиамин

д) нейрорептики

018. Оптимальная концентрация адреналина в растворе местного анестетика

а) 1:25000

б) 1:250000

в) 1:50000

г) 1:500000

д) 1:750000

019. Укажите наиболее эффективные лекарственные средства, применяемые для поверхностной анестезии

слизистой оболочки полости рта

а) мази пиромекаина

б) раствор новокаина

в) жидкость Платонова

- г) раствор дикаина
- д) раствор прополиса

020. Дополнительная инъекция местного анестетика с небной или вестибулярной стороны необходима в случаях

- а) когда основная анестезия оказалась неэффективной
- б) при выраженности периостальных явлений
- в) когда неправильно выбран местный анестетик
- г) когда выражен типологический статус больного
- д) концентрация адреналина 1:25000

021. Показаниями к премедикации при проведении вмешательств в клинике терапевтической стоматологии

являются

- а) сопутствующие заболевания системы кровообращения
- б) сопутствующие заболевания органов дыхания
- в) выраженный страх перед стоматологическим вмешательством
- г) обширность стоматологического вмешательства
- д) вегетативные нарушения перед вмешательством

023. Наиболее эффективные способы для снятия психоэмоционального напряжения

- а) установление контакта с больным
- б) рефлексотерапия
- в) рефлексанальгезия
- г) психоседативная подготовка
- д) стимуляция ЦНС

024. Увеличение частоты дыхания называется

- а) апноэ
- б) диспноэ
- в) гиперпноэ
- г) тахипноэ
- д) эпноэ

025. Из следующих состояний показанием для трахеостомии является

- а) бульбарный полиомиелит
- б) отек гортани после ожога
- в) профилактическая трахеостомия при травматическом пересечении

шеи

- г) при черепно-мозговых травмах
- д) при бессознательном состоянии

026. При отсасывании секрета через трахеостому

- а) отсасывание следует проводить с частыми интервалами

- б) при отсасывании секрета следует соблюдать строгую стерильность
- в) катетер следует вводить глубоко
- г) катетер не должен превышать внутренний диаметр конюли
- д) отсасывание следует проводить без интервалов

027. При анафилактическом шоке показаны

- а) внутривенное (внутримышечное) введение больших доз гормонов
- б) аминазин подкожно
- в) кофеин бензонат натрия и кордиамин внутримышечно
- г) раствор адреналина внутривенно (внутримышечно)
- д) интубация трахеи для снятия бронхоспазма

028. Основными признаками остановки сердца являются

- а) судороги
- б) отсутствие пульса на сонной артерии
- в) отсутствие самостоятельного дыхания
- г) узкие зрачки
- д) широкие зрачки

029. При проведении непрямого массажа сердца у взрослых ладони следует расположить

- а) на верхней трети грудины
- б) на границе верхней и средней трети грудины
- в) на границе средней и нижней трети грудины
- г) в пятом межреберном промежутке слева
- д) в пятом межреберном промежутке справа

030. Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют

- а) сужение зрачков
- б) наличие пульса на сонной артерии
- в) уменьшение цианоза кожи
- г) появление отдельных спонтанных вдохов
- д) сухие склеры глазных яблок

031. Натрий гидрокарбонат при остановке сердца вводят так как он

- а) предупреждает развитие метаболического ацидоза
- б) оказывает защитное действие на миокард
- в) повышает эффективность вводимых фармакологических препаратов
- г) корригирует метаболический ацидоз
- д) уменьшает потребление кислорода тканями

032. Последовательность действий после постановки диагноза - клиническая смерть

- а) позвать опытного врача
- б) вызвать реанимационную бригаду

- в) ввести внутрисердечно адреналина гидрохлорид
- г) ввести внутривенно натрия гидрокарбонат
- д) ввести внутримышечно адреналина гидрохлорид

033. Признаками эффективности проводимых реанимационных мероприятий являются

- а) сужение зрачков
- б) систолическое артериальное давление 30 мм рт.ст.
- в) систолическое артериальное давление 70 мм рт.ст.
- г) появление самостоятельных вдохов
- д) уменьшение цианоза

034. Восстановлено сознание, самостоятельное дыхание и сердечная деятельность. Больной должен быть

- а) оставлен в поликлинике
- б) отправлен домой
- в) госпитализирован в соматическое отделение
- г) госпитализирован в отделение реанимации
- д) помещен в палату интенсивной терапии

Тема: 1-5. Кариес

001. Из перечисленных факторов при кариесе зубов носят агрессивный характер

- а) нарушение минерального обмена в организме
- б) нарушение белкового обмена, т.е. при этом страдает белковая матрица твердых тканей зуба
- в) микроорганизмы полости рта, зубной налет и углеводы
- г) нарушение углеводного обмена, способствующее нарушению белковых структур зуба
- д) недоедание

002. Из перечисленных факторов снижает уровень резистентности организма к кариозному процессу

- а) зубные отложения
- б) различные общие заболевания, связанные с нарушением регуляции обменных процессов в организме
- в) углеводы пищи
- г) недостаточное содержание фтора в питьевой воде
- д) все вышеперечисленное

003. Из перечисленных факторов оказывает влияние одновременно на факторы агрессии и резистентности к кариесу

- а) сдвиги в организме, связанные с нарушением нейрорефлекторной, гормональной и гуморальной регуляций обменных процессов

- б) микроорганизмы полости рта
- в) зубная бляшка
- г) содержание фтора в питьевой воде
- д) верно б) и в)

004. Время, необходимое для начала образования кислоты бактериальной бляшкой после употребления сладкой пищи

- а) несколько секунд
- б) 10 мин
- в) 15 мин
- г) 30 мин
- д) 1 час

005. Основные процессы, проходящие в эмали при начальном кариесе

- а) нарушение белковой матрицы эмали
- б) дисминерализация и реминерализация
- в) деминерализация эмали
- г) нарушение связи между белковыми и минеральными компонентами эмали
- д) резорбция эмали

006. Решающим при дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и гипоплазии эмали является

- а) прогрессирование процесса, которое выражено при кариесе и его нет при гиперплазии процесса
- б) локализация процесса
- в) консистенция поверхности пятна
- г) симметричность поражения
- д) системность поражения

007. Решающим при дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и флюороза является

- а) локализация процесса
- б) симметричность поражения
- в) консистенция поверхности пятна
- г) прогрессирование процесса
- д) системность поражения

008. Основными в терапии начального кариеса являются

- а) гигиенический и диетический режимы
- б) местное применение препаратов фтора
- в) назначение препаратов фтора внутрь
- г) общеукрепляющее лечение
- д) минерализующие растворы (рем.терапия)

009. Из перечисленных зубных паст обладают противокариозным действием

- а) лесная и другие хлорофилсодержащие, ромашка
- б) Поморин, бальзам
- в) Жемчуг, Мэри, Бело-розовая
- г) Мятная, Борно-глицериновая, Ягодка, Семейная
- д) фторсодержащие пасты

010. Регулировать действие углеводов на эмаль зуба можно

- а) ограничением введения углеводов с пищей
- б) строгим соблюдением рациональности питания
- в) приемом витамина В1
- г) гигиеной полости рта
- д) верно а), б) и г)

011. Из перечисленных методов способствуют повышению резистентности к кариесу

- а) наиболее эффективен рациональный гигиенический режим
- б) основным является повышение общей реактивности организма, путем назначения общеукрепляющих и витаминных препаратов, рациональной диеты, режимом труда и отдыха
- в) применение профессиональной гигиены
- г) местная флюоризация эмали
- д) все вышеперечисленные

012. Из перечисленных веществ наиболее активны для повышения процессов реминерализации эмали при кариесе

- а) молибден, ванадий, селен, медь, фосфаты, кальций
- б) витамины
- в) фтор
- г) препараты, содержащие декстраназу
- д) гормоны

013. Эффект местной флюоризации основан

- а) на активности процессов реминерализации, уменьшении растворимости и проницаемости эмали, образовании фторапатита
- б) на улучшении трофики зуба
- в) на бактерицидном действии фтора
- г) на укреплении белковой матрицы эмали
- д) на изменении рН зубного налета

014. Признаки, позволяющие поставить диагноз глубокого кариеса

- а) боли от химических раздражителей, дефект расположен в глубоких слоях дентина, болезненное зондирование

- б) боли при попадании пищи в полость, дефект в средних слоях дентина, зондирование болезненно в области эмалево-дентинной границы
- в) боль от термических раздражителей, быстро проходит после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно по всему дну
- г) боль от термических раздражителей, держится долго после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно в одной точке
- д) боль при попадании пищи в полость, проходящая после ее эвакуации, зондирование резко болезненно в одной точке

015. Наиболее рациональны при глубоком кариесе прокладки

- а) противовоспалительного действия
- б) антимикробного действия
- в) на основе глюкокортикоидов
- г) одонтотропные
- д) индифферентные

016. Препараты, обладающие одонтотропным действием

- а) сульфаниламидные
- б) гидроокись кальция
- в) антибиотики и антисептики
- г) кортикостероиды
- д) эвгенол

017. Можно ли применять в качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе пасты на основе кортикостероидных препаратов?

- а) да, т.к. они уменьшают воспалительные явления в пульпе, которые сопровождают глубокий кариес
- б) нет, ибо они угнетают защитную реакцию пульпы
- в) да, т.к. они оказывают дезаллергизирующее действие
- г) нет, ибо они способствуют дисбактериозу, стимулируя рост флоры кариозной полости
- д) нет, т.к. они раздражают соединительную ткань

018. Применение гидроокиси кальция при глубоком кариесе основано

- а) на антибактериальном эффекте
- б) на противовоспалительном и одонтотропном действии
- в) на способности угнетать действие бактериальных энзимов
- г) на десенсибилизирующем эффекте
- д) на изменении реакции в сторону закисления среды

019. В основе классификации кариозных полостей по Блеку лежит

- а) систематизация обработки кариозных полостей

- б) представление о том, что кариес возникает только на поверхностях, где происходит ретенция пищевых остатков и налета
- в) мнение, что кариес может возникнуть на любой поверхности зуба
- г) представление о системности и симметричности кариозного процесса
- д) обеспечение условий фиксации пломбы

020. Основной принцип формирования кариозных полостей по Блэку, присущий всем классам кариозных полостей

- а) создание дополнительных площадок
- б) иссечение нависающих краев полости
- в) превентивное расширение полости
- г) создание ящикообразной полости
- д) полное иссечение некротизированного дентина

021. Основное условие формирования кариозных полостей, направленное на предупреждение рецидивов кариеса

- а) создание дополнительных площадок и ретенционных пунктов
- б) иссечение нависающих краев эмали
- в) ящикообразная форма полости
- г) превентивное расширение полости
- д) максимальное щажение тканей зуба

022. Для глубокого кариеса в сочетании с гиперемией пульпы необходимо

- а) экстирпировать пульпу
- б) удалить по возможности весь пораженный дентин, избегая обнаружения пульпы, и наложить пасту с противовоспалительными свойствами
- в) тщательно удалить весь пораженный дентин и положить ту же повязку независимо от степени обнажения пульпы
- г) провести неполную некротомию и наложить пасту с противовоспалительными свойствами
- д) тщательно удалить весь пораженный дентин и оставить полость открытой для оттока экссудата

Тема: 1-6. Заболевания пульпы

001. В пульпе различают

- а) 2 слоя
- б) 3 слоя
- в) 3 слоя
- г) 5 слоев
- д) 6 слоев

002. Клеточный состав пульпы следующий



- а) пульпа как соединительная ткань богата присущими ей клетками
- б) кроме клеток, присущих соединительной ткани и специфических клеток, пульпа содержит малодифференцированные, звездчатые клетки
- в) клеточный состав пульпы представлен клетками плазмочитарного и макрофагального рядов
- г) близки по составу к эпителиальной ткани
- д) похожа на нервную ткань

003. В строении корневой и коронковой пульпы имеются различия

- а) нет, ибо корневая пульпа является непрерывным продолжением коронковой
- б) корневая пульпа значительно отличается от коронковой по строению, ибо она является промежуточной между коронковой пульпой и периодонтом
- в) корневая пульпа незначительно отличается от коронковой, по строению она ближе к ней, чем к периодонту
- г) корневая пульпа близка к ткани периодонта
- д) коронковая пульпа близка к нервной ткани

004. В строении коронковой и корневой пульпы отличия состоят

- а) в особенностях строения волокон соединительной ткани в этих зонах
- б) в особенностях васкуляризации
- в) в соотношении волокон, клеток и межучасточного вещества
- г) в особенностях строения соединительной ткани, ее кровоснабжения и иннервации
- д) в особенностях микроснабжения

005. Основная функция пульпы

- а) трофическая, ибо через пульпу осуществляется обмен в твердых тканях зуба
- б) пластическая - способность воссоздавать элементы соединительной ткани и заместительной дентин
- в) защитная - способность сопротивляться раздражающему агенту
- г) пульпа индифферентна по отношению к твердым тканям
- д) пульпа безвредна для твердых тканей

006. Защитная функция пульпы определяется

- а) деятельностью клеток фибробластического ряда, способных ограничивать воспалительный процесс
- б) фагоцитарной активностью клеток
- в) способностью одонтобластов вырабатывать заместительный дентин
- г) волокнистыми структурами, способными выравнивать pH пульпы

д) тканевым иммунитетом, который определяется совместной деятельностью вышеперечисленных тканевых элементов, а также нейро-рефлекторной и гуморальной регуляцией организма

007. Решающим при диагностике острого частичного пульпита является

- а) характер болей
- б) термометрия
- в) электрометрия
- г) перкуссия
- д) фактор времени и первичность болей

008. Диагноз острого общего пульпита ставится на основании следующих признаков

- а) нарастание интенсивности болей и частоты приступов
- б) уменьшение светлых промежутков
- в) появление перкуторной реакции
- г) резкая реакция на термометрию
- д) повышение порога электровозбудимости пульпы

009. Решающим в дифференциальной диагностике острого, общего и частичного пульпитов является

- а) характер болей
- б) термометрия
- в) электрометрия
- г) перкуссия
- д) фактор времени

010. Большой процент несовпадений клинического и гистологического диагнозов объясняется

- а) несовершенством методов диагностики пульпита
- б) поздним обращением больных
- в) закрытой полостью зуба
- г) гиперэргическим характером воспаления
- д) отсутствием стерильности операции

011. Дифференциальную диагностику острого общего пульпита и невралгии тройничного нерва определяет

- а) характер болей
- б) термометрия
- в) электрометрия
- г) перкуссия
- д) зондирование

012. Решающим в дифференциальной диагностике хронического фиброзного и пролиферативного пульпита является

- а) характер болей
- б) термо- и электрометрия
- в) данные осмотра полости
- г) электроддонтометрия
- д) рентгенография

013. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром частичном пульпите

- а) девитализацию пульпы
- б) сохранение жизнеспособности всей пульпы
- в) витальную ампутацию
- г) витальную экстирпацию
- д) удаление зуба

014. Из предложенных методов лечения необходимо применить при остром общем пульпите

- а) девитализацию пульпы
- б) сохранение жизнеспособности всей пульпы
- в) витальную ампутацию
- г) витальную экстирпацию
- д) удаление зуба

015. При хроническом фиброзном пульпите лучше всего применить

- а) сохранение жизнеспособности всей пульпы
- б) витальную ампутацию
- в) витальную экстирпацию
- г) девитализацию
- д) удаление зуба

016. При хроническом пролиферативном пульпите наиболее рационален следующий метод лечения

- а) девитализация
- б) витальная ампутация
- в) сохранение жизнеспособности всей пульпы
- г) витальная экстирпация
- д) удаление зуба

017. Наиболее рационален при гангрене коронковой пульпы такой метод лечения как

- а) девитализация
- б) витальная ампутация
- в) витальная экстирпация с последующей антисептической обработкой каналов

- г) витальная экстирпация с диатермокоагуляцией пульпы
- д) йод-электрофорез

018. Решающим в дифференциальной диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита является

- а) характер болей
- б) термометрия
- в) зондирование
- г) электрометрия
- д) фактор времени

019. Решающим в дифференциальной диагностике гангренозного пульпита и хронического периодонтита является

- а) характер болей
- б) перкуссия
- в) зондирование
- г) термометрия
- д) электрометрия

020. В случае так называемого остаточного пульпита в зубе с плохо проходимыми каналами необходимо сделать

- а) новокаиновую блокаду
- б) антибиотики с кортикостероидами
- в) электрофорез с йодом
- г) наложить мышьяковистую или параформальдегидную пасту
- д) диатермокоагуляцию

021. Скорейшему заживлению культи пульпы после витальной ампутации способствует

- а) антибиотики
- б) гидроокись кальция
- в) кортикостероиды
- г) эвгенол
- д) йод

022. Лучше всего снимают боль и способствуют ослаблению воспалительной реакции при сохранении жизнеспособности пульпы

- а) антибиотики
- б) гидроокись кальция
- в) кортикостероиды
- г) эвгенол
- д) йод

023. В непроходимых щечных или медиальных каналах при методе витальной экстирпации необходимо оставить

- а) гидроокись кальция
- б) эвгеноловую пасту
- в) пасту на основе сочетания антибиотиков с кортикостероидами
- г) резорцин-формалиновую пасту
- д) тампон с йодом

024. Метод витальной ампутации нельзя применять в однокорневых зубах

- а) в связи с отсутствием анатомически выраженного отграничения между коронковой и корневой пульпой
- б) так как изменяется цвет зубов
- в) воспаление в этих случаях быстро переходит на корневую пульпу
- г) благодаря малому объему полости
- д) верно б) и г)

025. Остановить кровотечение из каналов после экстирпации пульпы лучше

- а) перекисью водорода
- б) -аминокапроновой кислотой или капрофером
- в) жидкостью фосфат-цемента
- г) ваготилом
- д) сухой турундой под давлением

026. При биологических методах лечения пульпита возникающие осложнения связаны

- а) с ошибками в диагнозе
- б) с неправильным выбором лекарственного препарата
- в) с плохой фиксацией пломбы
- г) с нарушением правил асептики
- д) с ошибками в технике проведения метода

Тема: 1-7. Заболевания периодонта

001. Из какой части зубного зачатка образуется ткань периодонта?

- а) из мезенхимы зубного сосочка
- б) из зубного мешочка
- в) из клеток так называемого Гертвиговского влагиалища
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

002. Состав волокнистых структур периодонта

- а) в периодонте наряду с коллагеновыми волокнами встречается большое количество эластических волокон
- б) периодонт в основном представлен коллагеновыми волокнами
- в) небольшое количество ретикулярных и окситалановых волокон
- г) совершенно отсутствуют эластические

д) волокнистые структуры периодонта представлены коллагеновыми, эластическими, ретикулярными, окситалановыми и другими группами волокон

003. Коллагеновые волокна периодонта имеют основные свойства

- а) удерживать зуб в правильном положении, равномерно распределяя давление на стенки альвеолы
- б) набухать в кислой среде, ощелачивая ее
- в) создавать благоприятные условия для фагоцитоза при воспалении
- г) обеспечивать физиологическую подвижность зуба
- д) быть устойчивыми к переваривающему действию тканевых ферментов и играть большое значение в репаративных процессах

004. Клеточный состав периодонта представлен

- а) клетками, присущими всякой соединительной ткани
- б) кроме клеток соединительной ткани и вазогенного происхождения в периодонте имеются специфические клетки эпителия
- в) в периодонте отсутствуют какие-либо специфические клетки
- г) периодонтом близким к цементу
- д) периодонтом близким к корневой пульпе

005. Активными защитниками ткани при воспалении являются клетки периодонта

- а) плазматические, так как они участвуют в выработке антител, то есть в явлениях иммунитета
- б) фибробласты, так как они синтезируют коллаген
- в) вазогенного происхождения
- г) гистиоциты, так как они способны к фагоцитозу
- д) лейкоциты

006. Основной функцией периодонта является

- а) трофическая функция, ибо она обеспечивает питание цемента зуба
- б) опорная, так как периодонт способен воспринимать большие нагрузки и распределять давление на стенки альвеолы
- в) пластическая функция, заключающаяся в способности клеток синтезировать коллаген и полисахариды, т.е. строить саму ткань периодонта
- г) защитная функция, так как она обеспечивает активную борьбу с воспалением
- д) верно а) и г)

007. С какой формой пульпита чаще всего приходится дифференцировать острый периодонтит?

- а) с острым серозным частичным пульпитом
- б) с гнойным пульпитом

- в) с обострением хронического пульпита
- г) с хроническим гипертрофическим пульпитом
- д) с гангренозным пульпитом

008. Решающим тестом при дифференциальной диагностике острого периодонтита и пульпита является

- а) перкуссия
- б) электроодонтодиагностика
- в) характер болей
- г) термометрия
- д) рентгенодиагностика

009. Наиболее точным при дифференциальной диагностике апикального периодонтита и пародонтита является

- а) перкуссия
- б) все нижеперечисленное
- в) термометрия
- г) определение электровозбудимости пульпы, рентгенография и перкуссия
- д) зондирование

010. Имеются ли показания для однокорневого метода лечения хронического периодонтита однокорневого зуба?

- а) нет, такой зуб подлежит удалению
- б) да, надо запломбировать канал и сделать разрез
- в) нет, ибо целесообразно вначале вылечить периостит, а затем лечить зуб
- г) да, надо запломбировать в одно посещение при условии тщательной обработки канала
- д) да, надо запломбировать и ввести в переходную складку 0.5 мл гидрокортизона

011. Если зуб не выдерживает герметического закрытия в канале лучше оставить

- а) антибиотики
- б) фенол с формалином
- в) желудочный сок
- г) трипсин
- д) гидрокортизон с антибиотиками

012. Боль при зондировании и кровоточивость канала наблюдаются

- а) при хроническом фиброзном периодонтите
- б) при кистогранулеме
- в) при хроническом гранулирующем периодонтите
- г) при фиброзном периодонтите

д) при остром периодонтите

013. В случаях болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала следует предпочесть

а) удаление зуба, ибо в дальнейшем грануляционная ткань резорбирует дентин и цемент корня

б) применение мышьяковистой пасты, поскольку лечить такой зуб надо, как пульпитный

в) проведение диатермокоагуляции и непосредственное пломбирование

г) проведение электроодонтометрии

д) закрытие зуба лечебной повязкой

014. При лечении хронических гранулирующих периодонтитов пломбировать каналы нетвердеющими пастами

а) можно, ибо контакт пасты с тканями воспалительного периодонта дает лечебный эффект и будет способствовать его регенерации

б) не следует, потому что эти пасты будут рассасываться за счет грануляционной ткани

в) можно и нужно, поскольку всегда есть возможность исправить дефекты пломбирования

г) можно при наличии свищевого хода, тем более целесообразно, ибо лекарственные вещества, входящие в состав пасты будут способствовать его закрытию

д) нельзя, так как нетвердеющая паста не обеспечивает герметизма в канале

015. При лечении хронического гранулирующего периодонтита в зубе с плохо проходимыми каналами наиболее целесообразен метод

а) серебрения, ибо серебро обладает бактерицидным олигодинамическим действием на микрофлору микроканалцев

б) резорцин-формалиновый, так как он мумифицирует частички грануляционной ткани в недоступных участках корневых каналов

в) диатермокоагуляции, позволяющий коагулировать грануляции

г) ультрафонофореза с резорцин-формалиновой смесью

д) метод серебрения, так как он, образуя пленку по стенкам канала, закроет просветы дентинных канальцев и обеспечит герметизацию

016. Происхождение эпителия гранулемы и кист -

а) это вегетировавший через десневой карман многослойный плоский эпителий полости рта

б) это вегетировавший через свищевой ход многослойный плоский эпителий полости рта

в) эпителиальную выстилку гранулем и кист образуют эпителиальные островки Малассе, клетки которых



пролиферируют под влиянием воспаления

017. На клетки эпителия при хроническом гранулематозном периодонтите могут воздействовать рациональнее всего методы

- а) выведения за верхушку зуба фосфат-цемента или другого пломбировочного материала
- б) воздействие сильными кислотами
- в) заапикальной диатермокоагуляцией
- г) йод-электрофорез
- д) резекция верхушки корня

018. Можно ли оставить в канале турунду с трилоном "Б"?

- а) можно
- б) нужно для более длительного контакта трилона со стенками канала
- в) нельзя, вследствие сильного декальцинирующего действия и опасности перфорации при механическом расширении канала
- г) нельзя, ибо зуб не выдержит герметического закрытия
- д) можно на 1 мин

019. Сроки регенерации тканей периодонта сокращает применение средств

- а) кортикостероидные гормоны
- б) антибиотики и слабые антисептики
- в) пирамидиновые основания
- г) ферменты
- д) гидроксидоапатит с коллагеном

020. Основные требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов

- а) биологическая толерантность
- б) хороший герметизм пломбирования
- в) хорошая вводимость
- г) рентгеноконтрастность
- д) антимикробные и стимулирующие регенерацию тканей периодонта действия

021. Можно ли пломбировать резорцин-формалиновой пастой (без катализатора реакции) хорошо проходимые каналы?

- а) можно, потому что она дает хороший герметизм канала
- б) можно, ибо она обладает антисептическим и мумифицирующим действием
- в) нельзя, поскольку она раздражает периодонт и окрашивает зуб
- г) можно, ибо она вызовет обострение процесса, который завершится выздоровлением

д) нельзя, поскольку она негерметична

022. Является ли выведение фосфат-цемента за верхушку при лечении хронических периодонтитов методом активной терапии их?

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

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

в) нет, ибо он является инородным телом и препятствует регенерации тканей пародонта

г) нет, ибо он дает обострение процесса

023. Лучше всего снять боль, возникшую сразу после пломбирования канала

а) лидокаиновой блокадой по переходной складке

б) диадинамическим током

в) инъекцией антибиотиков

г) введением гидрокортизона в переходную складку

д) сделать разрез

024. Основным для восстановления тканей периодонта является

а) тщательная инструментальная обработка канала

б) антимикробная обработка корневых каналов

в) противовоспалительная терапия

г) трансканальное введение препаратов, способствующих регенерации тканей

д) создание оттока экссудата

025. Какой из корневых каналов верхнего первого моляра представляет наибольшие трудности для достижения

верхушечного отверстия и подготовки к пломбированию?

а) дистальный небный

б) медиальный щечный

в) щечный

г) дистальный щечный

д) небный

026. Принятая рабочая длина корневого канала

а) точно соответствует анатомической длине зуба

б) короче на 1 мм, чем анатомическая длина зуба

в) длинее на 1 мм, чем рентгенологическая длина зуба

г) иногда равна длине глубиномера (по субъективным ощущениям)

д) всегда равна длине глубиномера (по субъективным ощущениям)

027. Если произошла поломка инструмента при обработке канала в первую очередь необходимо сделать

а) рентгенографию зуба

- б) информировать об этом пациента
- в) измерить оставшуюся в руках часть инструмента
- г) немедленно попытаться извлечь инструмент
- д) во всех случаях удалить зуб

028. Наиболее вероятный эффект, ожидаемый после наложения силикатной пломбы без прокладки при большой кариозной полости

- а) образование заместительного дентина
- б) образование так называемых мертвых путей
- в) никаких изменений
- г) некроз пульпы
- д) образование прозрачного дентина

029. Подкладка под силикатную пломбу защищает пульпу от

- а) диффузии токсических кислот и фторидов
- б) термических раздражений
- в) гальванических эффектов
- г) химических раздражений
- д) механических раздражений

030. Наиболее употребимы в состав корневых пломб нижеперечисленные компоненты

- а) окись цинка и ортофосфорная кислота
- б) окись цинка и антибиотики
- в) окись цинка и эвгенол
- г) окись цинка и формокрезол
- д) эпоксидные пластмассы

031. Корневая пломба должна

- а) достигать верхушечной трети канала
- б) достигать верхушечного отверстия по рентгенологической оценке
- в) быть на 1-2 мм дальше верхушечного отверстия
- г) располагаться на 1 мм до верхушечного отверстия по рентгенологической оценке
- д) достигать уровня дентино-цементного соединения

032. Кортикостероиды используются в эндодонтической практике для снижения

- а) зоны обнажения пульпы
- б) воспаления пульпы и периодонта
- в) инфицирования пульпы
- г) петрификации пульпы
- д) механической травмы пульпы

033. Откуда появляются ионы кальция в "дентинном мостике" при заживлении пульпы под покрытием из гидроокиси кальция?

- а) непосредственно из гидроокиси кальция
- б) из местного распада клеток
- в) из кровотока пульпы
- г) из окружающего дентина за счет редепозиции
- д) за счет щелочной фосфатазы, присутствующей в пульпе

034. Полип пульпы может возникнуть

- а) при остром пульпите
- б) при хроническом открытом пульпите
- в) при некрозе пульпы
- г) при хроническом закрытом пульпите
- д) при хроническом периапикальном поражении

035. Чаще всего бессимптомны

- а) острый пульпит
- б) хронический открытый пульпит
- в) хронический закрытый пульпит
- г) дентикл
- д) полип пульпы

036. Средняя длина полностью сформированного верхнего постоянного центрального резца равна

- а) 25 мм
- б) 22 мм
- в) 20 мм
- г) 24 мм
- д) 18 мм

037. Наиболее целесообразен для пломбирования корневых каналов следующий пломбировочный материал

- а) паста с антибиотиками
- б) амальгама
- в) фосфат-цемент
- г) эндометазон
- д) йодоформная паста

038. Из перечисленных тактик в начале лечения хронического периодонтита целесообразна

- а) резекция верхушки корня
- б) ретроградное пломбирование
- в) раскрыть анатомическую полость зуба и оставить ее открытой
- г) раскрыть анатомическую полость зуба и оценить рабочую длину канала

д) вывести зуб из окклюзии

039. Для устранения кровоточивости из канала в эндодонтии используется

- а) йодиол
- б) перекись водорода
- в) эвгенол
- г) спирт
- д) физиологический раствор

040. Какие признаки указывают на то, что можно приступить к пломбированию каналов?

- а) отсутствие запаха
- б) отрицательный результат бактериологического контроля
- в) отсутствие каких-либо жалоб со стороны пациента
- г) отсутствие экссудата из каналов
- д) все вышеперечисленное

041. В качестве постоянных пломб для каналов могут быть использованы

- а) серебряный штифт
- б) фосфат-цемент
- в) гуттаперча
- г) материал с 5% или 30% добавления в его состав йодоформной пасты
- д) все вышеперечисленное

042. После эндодонтического вмешательства произошел глубокий перелом коронки зуба. После извлечения отломка наиболее предпочтительным способом восстановления коронки является

- а) керамическая коронка
- б) золотая коронка
- в) трехчетвертная коронка
- г) макро- или микроштифты в каналах с последующим восстановлением серебряной амальгамой
- д) пломба из композитного материала

043. Для нейтрализации воздействия фенола наиболее употребим

- а) карбонат натрия
- б) спирт
- в) дистиллированная вода
- г) креозот
- д) хлорамин

044. За счет чего действует на распад в канале перекись водорода?

- а) высушивающий эффект

- б) термический эффект
- в) декальцификация дентина
- г) высвобождение активного кислорода
- д) образование кислоты при контакте с распадом

045. Основным свойством ЭДТА является

- а) антисептическое действие
- б) декальцинация дентина
- в) увлажнение канала
- г) усиление режущих свойств эндодонтических инструментов
- д) верно а) и в)

046. При заполнении канала доводить постоянный пломбировочный материал (при условии полноценной obturation верхушечного отверстия) следует

- а) до режущего края или окклюзионной поверхности зуба
- б) заполнять этим материалом весь объем пульповой камеры
- в) до устья корневых каналов
- г) до средней трети канала
- д) верно а) и б)

047. Серебряные штифты предназначены прежде всего для улучшения герметичности пломбирования

- а) широких каналов
- б) каналов с несформированными верхушками
- в) каналов с резецированными верхушками
- г) хорошо проходимых, но не очень широких каналов с различной степенью изгибов
- д) верно а) и б)

048. Чтобы снизить риск возможности перфорации искривленного канала необходимо

- а) заранее согнуть кончик дрельбора перед введением в канал
- б) выбрать инструмент соответственно толщине канала
- в) вообще отказаться от расширения канала
- г) воспользоваться исключительно только химическими средствами расширения канала
- д) верно б) и г)

Тема: 1-8. Некариозные поражения зубов

001. Из перечисленных ниже патологий твердых тканей зубов в период их развития возникает

- а) эрозии зубов
- б) гипоплазия, гиперплазия эмали, флюороз
- в) кислотный некроз

- г) клиновидный дефект
- д) наследственные нарушения развития зубов

002. Из перечисленных ниже некариозных поражений зубов, возникающих после их прорезывания, чаще встречается

- а) травма, эрозия зубов, клиновидный дефект
- б) флюороз зубов
- в) гипоплазия эмали
- г) гиперплазия
- д) наследственное нарушение зубов

003. Фактором, способствующим развитию гипоплазии, является

- а) несовершенный остеогенез
- б) нарушение обмена вещества при болезнях раннего детского возраста
- в) содержание фтора в питьевой воде
- г) инфицирование фолликула при травме
- д) неясная причина

004. Характерными жалобами при гипоплазии являются

- а) повышенная чувствительность
- б) стертость эмали
- в) все вышеперечисленное
- г) изменение цвета и формы зубов
- д) жалобы отсутствуют

005. Наиболее типичной локализацией дефектов зубов при гипоплазии является

- а) вестибулярная поверхность всех групп зубов
- б) фиссуры
- в) шейка фронтальных зубов
- г) вестибулярная поверхность резцов, клыков и бугров первых моляров
- д) различные участки эмали

006. Формы клинического проявления гипоплазии

- а) пятнистая
- б) штриховая, чашеобразная
- в) эрозивная
- г) бороздчатая
- д) все вышеперечисленные

007. Заболеваниями, сходными по клинической картине с гипоплазией эмали, являются

- а) флюороз зубов

- б) наследственные нарушения развития зубов
- в) кариес
- г) некроз твердых тканей зубов
- д) гиперплазия

008. Причиной, ведущей к флюорозу зубов, является

- а) неясная причина
- б) содержание фтора в питьевой воде свыше 1 мг/л
- в) нарушение обмена веществ при болезнях раннего и детского возраста
- г) несовершенный остеогенез
- д) избыточный прием фторсодержащих средств

009. Типичные формы клинического проявления при флюорозе

- а) пятнистая
- б) бороздчатая
- в) меловидно-крапчатая
- г) деструктивная
- д) штриховая

010. Наиболее типичной локализацией поражения зубов при флюорозе является

- а) вестибулярная поверхность резцов, клыков
- б) фиссуры, естественные углубления
- в) шейка зуба
- г) вестибулярная поверхность эмали резцов, клыков, премоляров и моляров
- д) поражение твердых тканей всех групп зубов

011. Характерные жалобы больного при флюорозе

- а) подвижность зубов
- б) изменение цвета зубов
- в) повышенная чувствительность
- г) наличие дефектов эмали зубов
- д) стертость зубов

012. Пятнистая форма флюороза зубов от аналогичной формы гипоплазии отличается

- а) поражением зубов преимущественно постоянных
- б) возникновением до прорезывания зубов
- в) нетипичной локализацией для кариеса
- г) множественными пятнами на зубах
- д) возникновением в местностях с повышенным содержанием фтора в питьевой воде



013. Предполагаемой причиной возникновения клиновидного дефекта является

- а) механическое воздействие
- б) дисфункция щитовидной железы
- в) употребление в пищу большого количества цитрусовых и их соков
- г) обнажение корня зуба при заболевании пародонта
- д) нарушение трофики тканей зуба в результате дегенеративного процесса в краевом периодонте

014. Клиническим симптомом при клиновидном дефекте является

- а) дефект на шейке зуба в виде клина
- б) изменение формы зуба
- в) дефект режущего края и бугров в виде площадки
- г) дефект на вестибулярной поверхности зубов в виде овала
- д) дефект желобоватой формы в преддесневой области

015. Факторы, способствующие развитию эрозии зубов

- а) патологический прикус
- б) воздействие химических веществ: - диетическое (потребление в пищу большого количества цитрусовых и их соков); - заболевание, сопровождающееся повышенной кислотностью желудочного сока, применение лекарственных препаратов; - воздействие кислот на промышленном предприятии
- в) механическое действие зубной щетки
- г) эндокринные заболевания
- д) все вышеперечисленное

016. Характерные жалобы, предъявляемые больными при патологической стертости зубов

- а) гиперестезия
- б) боль в височно-нижнечелюстных суставах
- в) эстетический дефект
- г) все вышеперечисленное
- д) самопроизвольные ночные боли

017. Методы лечения дисколорита

- а) протравка и пломбирование композитами
- б) протравка кислотами
- в) депульпация и металлокерамика
- г) депульпация и изготовление металлопластмассовых коронок
- д) изготовление эстетических коронок без депульпации

Тема: 1-9. Пломбировочные материалы

001. Временные пломбировочные материалы должны обладать следующими свойствами

- а) механической и химической прочностью, устойчивостью цвета
- б) иметь цвет, соответствующий цвету эмали, медленно затвердевать
- в) хорошо прилипать к стенкам полости, не оказывать вредного влияния на пульпу, хорошо вводиться и выводиться из полости, не рассасываться и сохранять постоянство объема в течение нескольких месяцев
- г) выполнять функцию каналозаполняющих материалов
- д) быть рентгеноконтрастными

002. Временные пломбировочные материалы применяются с целью

- а) прокладок под постоянные пломбы
- б) пломбирования корневых каналов
- в) лечебной прокладки, изоляции нетвердеющих или медленно твердеющих паст от постоянных пломб для повязок
- г) адгезива
- д) улучшения свойства постоянных пломб

003. Пульпа может погибнуть после применения силикат-цементных пломб

- а) за счет действия мышьяка, входящего в состав цемента
- б) за счет плохой прилипаемости
- в) за счет высокой рассасываемости
- г) за счет действия кремневой кислоты
- д) за счет диффузии через пломбу различных вредных веществ из слюны

004. Основные недостатки быстротвердеющей пластмассы - норакрила

- а) значительная усадка и наличие остаточного мономера
- б) непостоянство цвета и рассасываемость материала
- в) механическая и химическая неустойчивость
- г) быстрая потеря свойств материала от времени его изготовления
- д) высокая чувствительность к влаге

005. Неглубокие полости нецелесообразно пломбировать пластмассами

- а) потому, что под пластмассу необходимо применять прокладку, а при поверхностном кариесе это сделать трудно
- б) вследствие того, что при малой массе пломбы температура разогрева ее будет явно недостаточная для полноценной полимеризации
- в) вследствие близости эмалево-дентинной границы
- г) в связи с трудностями создания правильной полости
- д) в связи с отсутствием адгезива

006. При использовании пластмасс угол перехода стенки полости в дно закругляется

- а) потому, что пластмассовые пломбы под влиянием холодной и горячей пищи изменяют свой объем и при наличии прямых и тем более острых углов не успевают принять прежнюю форму
- б) потому, что можно при этом вскрыть полость зуба
- в) потому, что прокладка все равно нарушает этот угол
- г) потому, что данные материалы стремятся занять сферическую форму
- д) из-за трудностей при формировании прямого угла

007. Применять фосфат-цемент для постоянных пломб

- а) можно, поскольку этот материал относится к постоянным пломбировочным материалам
- б) нельзя, ибо он быстро рассасывается и механически непрочен
- в) можно в отдельных случаях, например, в зубах, готовящихся под коронку, при пломбировании молочных зубов, если до срока смены зуба осталось не более полугода
- г) нельзя, ибо он токсичен для пульпы
- д) нельзя из-за низких эстетических свойств

008. Можно ли применять комбинированные пломбы?

- а) можно, ибо они сочетают в себе качество цемента (прилипаемость) и амальгам (механическая прочность)
- б) нельзя, потому что они по прочности и рассасываемости хуже цемента и амальгамы
- в) можно, особенно при наложении больших контурных пломб, когда стенки зуба тонкие и могут не выдержать давления от расширения амальгамы
- г) можно только с композитными материалами
- д) можно только с эпоксидом

009. Долговечность цементных пломб зависит

- а) от правильного приготовления полости и технического приготовления цемента, тщательного высушивания полости, изоляции пломбы от влияния слюны и грамотной методики пломбирования
- б) от правильного приготовления пломбировочной массы и изоляции пломбы от слюны
- в) от правильного пломбирования - наложения пломбы 2-3-мя порциями, хорошей конденсацией и пришлифовывания ее к краям полости
- г) от хорошего качества материалов
- д) от включения в состав материалов специальных ингредиентов

010. Правильная методика пломбирования пластмассами

- а) прокладка накладывается только на дно, материал вносится в полость несколькими порциями
- б) прокладка кладется до эмалево-дентинной границы, материал вводится одной, максимально двумя порциями, тщательно конденсируется и пломба изолируется специальным полиакрилатным лаком
- в) прокладка накладывается на дно полости, пластмасса тщательно распределяется в полости, особенно у краев ее и оставляется избыток в местах, доступных последующей обработке
- г) пластмасса должна вводиться в первой фазе полимеризации
- д) материал должен применяться только с адгезивом

011. Основными недостатками амальгамы следует считать

- а) высокую чувствительность к влаге, изменение объема и возможность хронического микромеркуриализма
- б) отсутствие адгезии, теплопроводимость и способность вызвать коррозию золотых коронок
- в) потенциальную возможность вызвать аллергические поражения слизистой оболочки полости рта, парестезии со стороны слизистой оболочки в результате образования микроотоков
- г) потенциальную возможность вызвать парестезии со стороны слизистой оболочки в результате образования микроотоков
- д) низкие механические и эстетические свойства

012. Закрывать перфорации в области бифуркации корней лучше

- а) фосфат-цементом с фольгой
- б) серебряной амальгамой
- в) гидрооксипатитом
- г) трикальций фосфатом (ТКФ)

013. Нужно ли промывать серебряную амальгаму?

- а) нужно, ибо она загрязнена окисями металлов, способных окрасить ткани зуба
- б) нельзя, поскольку она весьма чувствительна к влаге (сильно изменяется объем) и снижается прочность
- в) не только нужно, но и должно, потому что непромытая амальгама очень медленно кристаллизуется
- г) нужно, улучшаются прочностные качества амальгамы
- д) нужно, амальгама становится менее токсичной

014. При лечении глубокого кариеса и отсроченном пломбировании следует применять

- а) искусственный дентин, окись цинка с водой, виноксол
- б) фосфат-цемент
- в) метод серебрения
- г) пасты с гидратом окиси кальция; цинкэвгенольную пасту

д) пасту с антибиотиками

015. Композиционные пломбировочные материалы, их основные свойства, отличие их от обычных полимерных материалов, пример

а) композитные материалы - материалы, имеющие полимерную основу и введенный специально обработанный наполнитель. Отличаются высокими косметическими, физико-механическими свойствами. Стомадент

б) полимерный материал с наполнителем, отличается лучшей адгезией

в) смесь различных полимеров. Не отличается. Акриоксид

г) смесь акриловой и эпоксидной смолы. Более высокая прочность. Карбодент, стомадент, эвикрол, Р-30, Р-50, Силюкс

д) эпоксидный материал с наполнителями. Менее токсичен

016. Укажите отечественный композитный пломбировочный материал и его назначение

а) стомадент - пломбирование III, IV-V класс

б) карбодент - пломбирование I-II класс

в) акрилоксид - пломбирование III-V класс

г) норакирил-100 - пломбирование I-II класс

д) витакрил - пломбирование III-V класс

017. Укажите особенности подготовки кариозной полости для композиционного пломбировочного материала. Какие материалы используют в качестве прокладочных материалов под композиционные пломбировочные материалы?

а) ящикообразная форма; цинк-эвгенольная паста

б) формирование адгезивной полости, край полости формируют со скосом под углом в 45° в эмали; иономерный или поликарбоксилатный цемент

в) край формируют обратноконический для лучшей ретенции; фосфат-цемент

г) по Блэку, фосфат-цемент

д) со скосом в 25°; цинк-эвгенольная паста

018. При пломбировании зубов полимерными материалами применяют матрицы с целью

а) формирования контуров пломбы

б) уменьшения количества материала

в) улучшения прочностных качеств

г) улучшения цветостойкости

д) снижения полимеризационной усадки, коэффициента теплового расширения, улучшения цветостойкости, прочностных качеств, адгезии

019. Укажите моменты, на которые необходимо акцентировать внимание при пломбировании кариозных полостей композиционными материалами, которые влияют на эффективность лечения кариеса

- а) создание целевой полимеризации под давлением, протравка эмали
- б) покрытие пломбировочного материала воском
- в) пломбирование под давлением, протравка эмали, использование адгезивной системы; высушивание полости
- г) хорошее высушивание полости
- д) обработка полости спиртом

020. Из перечисленных материалов, обладающих наиболее раздражающими действиями на пульпу зуба, является

- а) силицин
- б) эпакрил
- в) эвикрол
- г) цинкполикарбоксилатный цемент
- д) стомадент

021. При пломбировании амальгамой и композиционными материалами используются деревянные клинья с целью

- а) формирования края пломбы, исключая наложение материала на десневой сосочек
- б) улучшения конденсации амальгамы
- в) создания условий полимеризации материала под давлением
- г) не травмирования десневого сосочка матрицей
- д) уменьшения количества пломбировочного материала

022. Укажите сроки обработки амальгамы после ее наложения

- а) 3-7 дней
- б) 14 дней
- в) 12 часов
- г) 30 дней
- д) 6 месяцев

023. Корневые каналы с использованием гуттаперчевых штифтов пломбируют

- а) плюггером
- б) дрельбором
- в) зондом
- г) штопфером
- д) корневой иглой

024. Какими свойствами должны обладать временные пломбировочные материалы?

- а) биологической совместимостью с тканями зуба
- б) механической и химической прочностью, устойчивостью цвета

- в) иметь цвет, соответствующий цвету эмали, медленно затвердевать
- г) хорошо прилипать к стенкам полости, не оказывать вредного влияния на пульпу, хорошо вводиться и выводиться из полости, не рассасываться и сохранять постоянство объема в течение нескольких месяцев
- д) создавать герметизм повязки

025. Можно ли применять фосфат-цемент для постоянных пломб?

- а) можно, поскольку этот материал относится к постоянным пломбировочным материалам
- б) нельзя, ибо он быстро рассасывается
- в) нельзя, так как он механически непрочен
- г) можно в отдельных случаях, например, в зубах, готовящихся под коронку, при пломбировании молочных зубов, если до срока смены зубов осталось не более полугода
- д) нельзя, так как он токсичен

026. При перфорации дна полости в области бифуркации корней целесообразно применять

- а) фосфат-цемент с фольгой
- б) серебряную амальгаму
- в) эпоксидный материал
- г) композиционный материал
- д) иономерный цемент

027. Для лечения глубокого кариеса материалы должны

- а) обладать хорошей пластичностью
- б) обладать быстрым отверждением
- в) обладать хорошей вводимостью
- г) обладать антимикробным и одонотропным действием
- д) не обладать пористостью, хорошо прилипать к стенкам полости, не давать усадку

028. Отсроченный метод пломбирования применяется

- а) при пломбировании кариозных полостей II-IV классов композиционными материалами химического отверждения с целью уменьшения реактивных изменений в пульпе, развивающихся в ответ на формирование дополнительных площадок
- б) при лечении глубокого кариеса, особенно если предстоит положить амальгаму
- в) при пломбировании композиционными материалами светового отверждения
- г) при пломбировании иономерными цементами V класса
- д) при недостатке времени у врача в связи с обильной саливацией, при использовании цемента и амальгамы

029. При ампутиационном методе лечения пульпитов после девитализации пульпы лучше применять следующие пасты

- а) тимоловую, йодоформную, эвгенол-тимоловую
- б) пасты, содержащие сульфаниламидные препараты, стрептоцид, норсульфазол, антибиотики и кортикостероиды
- в) формалинсодержащие пасты
- г) цинк-эвгеноловую пасту, с гидратом окиси кальция
- д) все вышеперечисленное

030. При методе витальной ампутации следует применять пасты

- а) тимоловую, йодоформную
- б) эвгенол-тимоловую
- в) пасты, содержащие сульфаниламидные препараты,
- г) формалинсодержащие пасты
- д) цинк-эвгеноловую пасту, с гидратом окиси кальция

031. После полной экстирпации пульпы лучше запломбировать корневой канал

- а) фосфат-цементом
- б) резорцин-формалиновой пастой
- в) цинк-эвгеноловой пастой
- г) эндометазоном
- д) кальцитом

032. Эффект мимикрии в композиционных материалах последнего поколения зависит

- а) от бондинг-системы
- б) от состава и времени протравки
- в) от правильного формирования и пломбирования полости
- г) от формы и размера наполнителя
- д) от времени отверждения

033. Гидроокись кальция вводится в состав паст для заполнения корневых каналов с целью

- а) рентгеноконтрастности
- б) стимуляции дентинно-цементогенеза
- в) стимуляции остеогенеза
- г) противовоспалительной терапии
- д) адекватной биосовместимости материалов

034. Материалы с гидроокисью кальция применяются

- а) при пульпите с целью сохранения корневой пульпы
- б) при верхушечном деструктивном периодонтите
- в) при патологии пародонта
- г) при периодонтите в пожилом возрасте



д) верно а) и б)

035. Материалы с гидроокисью кальция при пульпите используются

- а) с целью получения дентинного мостика, в месте покрытия с корневой пульпой
- б) с целью сохранения корневой пульпы (метод витальной ампутации пульпы)
- в) для рентгеноконтрастности
- г) с целью антимикробного воздействия на микрофлору корневых каналов
- д) верно а) и б)

036. Можно ли отнести применение гидроокиси кальция при глубоком кариесе к превентивной эндодонтии?

- а) да, ибо их использование в последнее время относится к профилактической эндодонтии
- б) нет, поскольку этот метод не является профилактическим мероприятием
- в) нет, то как гидроокись кальция - щелочь, а при pH 10-12 может наступить некроз пульпы
- г) нет, поскольку для этой цели используются другие препараты
- д) да, именно гидроокись кальция биологически совместима с здоровым слоем дентина

037. Показаниями к применению стеклоиономерных цемента являются

- а) III и V класс
- б) I класс
- в) II класс
- г) IV класс
- д) восстановление анатомической формы зуба

038. Наиболее важными требованиями, предъявляемыми к материалам для заполнения корневых каналов, являются

- а) биологическая совместимость
- б) антимикробная активность
- в) хорошая вводимость и выводимость из корневого канала
- г) герметизм пломбирования
- д) способность стимуляции остеоидентиноцементогенеза

039. Наибольшей биологической совместимостью обладают следующие материалы для заполнения корневых каналов

- а) цинк-оксидэвгеноловая паста
- б) резорцин-формалиновая паста

- в) эвгедент
- г) эндодент
- д) гуттаперчевые штифты

040. Каналозаполняющими материалами, стимулирующими остеодентинно-цементогенез, являются

- а) цинк-оксидэвгеноловая паста
- б) эндометазон
- в) эндодент
- г) эвгедент
- д) кальцит

041. Противовоспалительный (противоотечный) эффект каналозаполняющих паст объясняется введением в их состав

- а) антибиотиков
- б) гормональных препаратов
- в) антисептиков
- г) сульфаниламидных препаратов
- д) гидроокиси кальция

042. Наилучшую герметичность пломбирования канала гуттаперчевыми штифтами дает методика

- а) пломбирования твердеющими пастами
- б) простое введение штифта
- в) вертикальной конденсации
- г) пломбирование с помощью плюггера
- д) предварительная подготовка канала эндодонтическим инструментом, затем введение пасты и далее штифта

043. Что лучше сделать при перфорации одного из щечных корней 16, 17, 26, 27?

- а) закрыть перфорацию гидроксилапатитом
- б) закрыть перфорацию фосфат-цементом
- в) закрыть перфорацию иономерным цементом
- г) сделать ампутацию корня или резекцию корня на уровне перфорационного отверстия
- д) удалить зуб

044. Полировать пломбу из амальгамы лучше всего

- а) порошком фосфат-цемента+вода
- б) специальными полировочными пастами
- в) дентин-пастой
- г) порошком дентина+вода
- д) пастой на основе окиси цинка и воды

Тема: 1-10. Заболевания пародонта

001. Комплекс тканей, объединенных понятием пародонт

- а) десна и круговая связка зуба
- б) периодонт, десна, надкостница, зуб
- в) десна, надкостница, кость альвеолы, периодонт, ткани зуба
- г) десна, ткани зуба (цемент)
- д) десна, надкостница, цемент

002. Функции пародонта

- а) барьерная, трофическая, рефлекторная, пластическая, амортизирующая
- б) барьерная, амортизирующая
- в) барьерная, рефлекторная, пластическая
- г) рефлекторная
- д) амортизирующая

003. Основной функцией пародонта является

- а) амортизирующая
- б) барьерная
- в) рефлекторная
- г) рецепторная
- д) пластическая

004. Барьерная функция пародонта обеспечивается

- а) ороговением многослойного плоского эпителия, наличием тучных клеток в эпителии
- б) антибактериальной функцией десневой жидкости и слюны
- в) ороговением многослойного плоского эпителия, тургором десны, состоянием мукополисахаридов, особенностями строения и функции десневой бороздки, антибактериальной функцией слюны за счет лизоцима, наличием тучных клеток
- г) наличием большого количества рецепторов
- д) ороговением многослойного плоского эпителия

005. Строение костной ткани альвеолы

- а) кость альвеолы состоит из компактного костного вещества
- б) кость альвеолы из губчатой костной ткани
- в) кость альвеолы и межзубной перегородки состоит из компактного костного вещества, образующего кортикальную пластинку, кость альвеолярного отростка представлена губчатой костной тканью
- г) кость альвеолы представлена кортикальной пластинкой
- д) кость альвеолы представлена межзубной перегородкой

006. Структурными образованиями микроциркуляторного русла пародонта являются

- а) капилляры

- б) артериолы и венулы
- в) артериолы, прекапилляры, капилляры, посткапилляры, венулы
- г) прекапилляры, капилляры, посткапилляры
- д) венозные сосуды

007. Иннервацию пародонта обеспечивает

- а) лицевой нерв
- б) вторая ветвь тройничного нерва
- в) ветви зубных сплетений второй и третьей ветви тройничного нерва
- г) первая ветвь тройничного нерва
- д) все три ветви тройничного нерва

008. Ключевые факторы в этиологии заболеваний пародонта

- а) измененная реактивность организма
- б) микроорганизмы зубной бляшки
- в) микроорганизмы и продукты их обмена в зубном налете; факторы полости рта, способные усиливать или ослаблять влияние микроорганизмов, общие факторы, регулирующие метаболизм тканей полости рта
- г) наследственность
- д) травматическая окклюзия

009. Состав зубной бляшки

- а) зубная бляшка представлена скоплением микроорганизмов
- б) зубная бляшка состоит из углеводов и липидов
- в) зубная бляшка представлена межклеточным матриксом, состоящим из полисахаридов, протеинов, липидов, неорганических компонентов, в который включены микроорганизмы, эпителиальные клетки, лейкоциты, макрофаги
- г) зубная бляшка представлена органическими компонентами
- д) зубная бляшка состоит из элементов слюны

010. Имеется ли разница между воспалительными и дистрофическими заболеваниями пародонта (пародонтитом и пародонтозом)?

- а) нет, это лишь формы одного и того же дистрофического процесса в челюстях
- б) это совершенно различные заболевания
- в) разница определяется лишь вначале, развившиеся стадии данных заболеваний не отличаются друг от друга
- г) воспалительный процесс предшествует дистрофическому
- д) пародонтоз предшествует пародонтиту

011. Наиболее неблагоприятным при развитии заболеваний пародонта является

- а) открытый прикус

- б) глубокий прикус
- в) перекрестный прикус
- г) дистальный прикус
- д) прямой прикус

012. Проба Шиллера - Писарева проводится с целью

- а) определения гигиенического состояния зубов
- б) выявления изъязвлений внутридесневых карманов
- в) оценки степени воспалительных изменений десны
- г) выявления зубной бляшки
- д) определения гноя в десневом кармане

013. Проба Кулаженко проводится с целью

- а) выявления барьерных возможностей пародонта
- б) определения состояния проницаемости стенок сосудов
- в) выявления стойкости стенок сосудов пародонта
- г) определения воспалительных изменений десны
- д) выявления зубной бляшки

014. Методы функциональной диагностики, используемые в пародонтологии

- а) реопародонтография, остеометрия
- б) реопародонтография, полярография
- в) реопародонтография, остеометрия, полярография, биомикроскопия
- г) реография
- д) полярография

015. Клиническими признаками катарального гингивита являются

- а) кровоточивость десен
- б) наличие зубного налета, кровоточивость десен
- в) отек и гиперемия десневого края и межзубных десневых сосочков, кровоточивость десен, отсутствие десневого кармана
- г) кровоточивость десен, гиперестезия шеек зубов
- д) гиперестезия шеек зубов

016. Основными клиническими признаками отечной формы гипертрофического гингивита являются

- а) десневые сосочки увеличены, имеют синюшный оттенок, глянцевидную поверхность, кровоточат при дотрагивании, при надавливании остаются отпечатки
- б) десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, кровоточат при дотрагивании
- в) десневые сосочки увеличены, отечны, гиперемированы, кровоточат при надавливании, при зондировании определяются десневые карманы
- г) кровоточивость при дотрагивании

д) наличие ложных десневых карманов

017. Клиническими признаками фиброзной формы гипертрофического гингивита являются

а) десневые сосочки увеличены, синюшного цвета, кровоточат при дотрагивании,

б) десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, на внутренней поверхности имеют изъязвления, при зондировании определяются ложные десневые карманы

в) десневые сосочки синюшные, отечны, кровоточат при надавливании, на зубах большое количество налета и зубного камня

г) наличие глубоких десневых карманов

д) кровоточивость и боли от температурных раздражителей

018. Наиболее важными дифференциально-диагностическими признаками острого язвенного гингивита являются

а) гиперемия, отечность десневых сосочков, наличие десневых карманов, изъязвление внутренней эпителиальной выстилки десневых сосочков

б) генерализованное изъязвление десневого края с усеченностью вершин сосочков, покрытое фибринозным налетом

в) болезненность десневых сосочков, кровоточащих при надавливании, большое количество над- и поддесневых зубных отложений

г) наличие глубоких десневых карманов

д) кровоточивость при дотрагивании

019. Основные клинические проявления пародонтита легкой степени тяжести

а) отек, гиперемия десневого края, кровоточивость при надавливании, десневые карманы глубиной 3-4 мм, резорбция компактных пластинок межзубных перегородок

б) отек, гиперемия десневых сосочков, кровоточащих при дотрагивании, отсутствие десневых карманов, подвижности зубов нет

в) резкое увеличение десневых сосочков, синюшность, болезненность, кровоточивость, глубина десневых карманов до 8 мм, резорбция костной ткани на 1/2 корня зуба

г) наличие большого количества зубных отложений

д) кровоточивость десневых сосочков

020. Каковы данные рентгенографического обследования при легкой степени пародонтита?

а) резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 1/2 корня

б) резорбция компактных пластинок и вершин межзубных перегородок

в) наличие очагов остеопороза альвеолярной кости

г) сохранение кортикальной пластинки лунок зубов

д) изменений в костной ткани альвеолярного отростка нет

021. Имеются ли карманы при легкой степени пародонтита?

а) нет

б) имеются, глубиной до 6 мм

в) имеются, глубиной 3-4 мм

г) имеются ложные десневые карманы

д) имеются костные карманы

022. Глубина карманов при пародонтите средней степени тяжести

а) карманов нет

б) 5-7 мм

в) более 8 мм

г) имеются ложные десневые карманы

д) до 5 мм

023. Подвижность зубов при пародонтите средней степени тяжести

а) имеется легкая подвижность I степени

б) не имеется

в) подвижность зубов I-II степени

г) имеется подвижность II-III степени

д) имеется, при наличии травматической окклюзии

024. Гнойное отделяемое из зубодесневых карманов при пародонтите средней степени тяжести

а) не имеется

б) наблюдается очень редко

в) наблюдается часто в стадии обострения

г) выявляется только при проведении бензидиновой пробы

д) выявляется при проведении формалиновой пробы

025. Каковы данные рентгенологического обследования челюстей при пародонтите средней степени тяжести?

а) резорбция межзубных перегородок на высоту от 1/3 до 1/2 длины корня зуба, очаги остеопороза в губчатой кости альвеолярного отростка

б) снижение высоты гребней межзубных перегородок на величину от 1/2 до 2/3 длины корня

в) резорбция вершин межзубных перегородок, очаги остеопороза в губчатой костной ткани альвеолярного отростка

г) изменений в костной ткани нет

д) явления остеопороза в губчатой кости

026. Решающим при дифференциальной диагностике хронического катарального гингивита и пародонтита легкой степени тяжести является

а) подвижность и смещение зубов  
б) отсутствие круговой связки зуба, наличие зубодесневых карманов  
в) выраженные воспалительные изменения десневого края и десневых сосочков

г) отсутствие десневого кармана, сохранение круговой связки  
д) глубина десневых карманов до 5 мм

027. Глубина карманов при тяжелом пародонтите составляет

а) карманов нет  
б) 3-4 мм  
в) до 6 мм  
г) более 8 мм  
д) до 2.5 мм

028. Подвижность зубов при тяжелом пародонтите

а) подвижность I-II степени  
б) нет подвижности  
в) подвижность II-III степени  
г) подвижность только при значительной нагрузке  
д) подвижность только в отдельных участках челюсти

029. Решающим при дифференциальной диагностике хронического генерализованного пародонтита и пародонтоза является

а) отсутствие воспалительных изменений десен, отсутствие зубодесневых карманов, сохранение кортикальной пластинки на вершинах межзубных перегородок  
б) подвижность и смещение зубов  
в) повышенная чувствительность в области шеек зубов, наличие клиновидных дефектов  
г) наличие гнойного отделяемого из десневых карманов  
д) положительная формалиновая проба

030. При пародонтозе средней степени тяжести зубодесневые карманы

а) имеются, вследствие гибели связки зуба  
б) не имеются, так как дистрофические процессы в десне и костной ткани происходят одновременно  
в) не имеются, так как при пародонтозе сохраняется круговая связка зуба  
г) имеются только в участках перегрузки зубов  
д) глубина десневых карманов до 5 мм

031. К идиопатическим болезням пародонта можно отнести

а) нейтропению, агаммаглобулинемию, эпулис, фиброматоз десен  
б) синдром Папийон - Лефевра, X-гистоцитозы, нейтропению, агаммаглобулинемию



- в) нейтропению, Х-гистоцитозы, гингивиты, пародонтомы
- г) гингивит, пародонтит
- д) пародонтит, пародонтоз

032. Укажите план лечения наиболее эффективный при генерализованном хроническом катаральном гингивите

а) антисептическая обработка полости рта, удаление зубных отложений, полирование поверхности зубов, обработка зубов фторсодержащими препаратами, противовоспалительная терапия десен, замена пломб и коронок по показаниям, лечение у ортодонта по показаниям

б) антисептическая обработка полости рта, снятие над- и поддесневых зубных отложений, кюретаж, противовоспалительная терапия десен, лечение у ортодонта и ортопеда

в) антисептическая обработка полости рта, снятие зубных отложений, обработка зубов фторсодержащими препаратами, противовоспалительное лечение десен, включая прижигающие препараты, вызывающие склерозирование

г) инъекции в десну биологически активных веществ

д) обработка зубов фторсодержащими препаратами

033. При лечении катарального гингивита используются кератолитические, склерозирующие препараты и кислоты

а) да, так как они способствуют снятию отека и воспаления десен

б) нет, так как сильнодействующие препараты приводят к гибели фибробластов

в) да, так как они обладают прижигающим действием и приводят к гибели микроорганизмов зубного налета

г) да, только вначале лечения

д) да, в заключительной стадии лечения

034. При хроническом катаральном гингивите в качестве антимикробных препаратов рекомендуется использовать

а) антибиотики и ферменты

б) аппликации слабых растворов антисептиков, повязки с трихополом, гепариновой, дибуноловой, гидрокортизоновой мазями, склерозирующие препараты

в) растворы антисептиков, ферментов, трихопол, бисептол в составе повязок

г) кератолитические препараты

д) кислоты, прижигающие препараты, спиртовые растворы

035. При отежной форме гипертрофического гингивита в качестве противоотечной терапии рекомендуются

а) сильные антисептики, ибо они помимо антимикробного обладают прижигающим действием

б) ферменты, которые способствуют отторжению некротических масс и гнойного экссудата

в) препараты нитрофуранового ряда, отвары лекарственных трав, гипертонические растворы солей, гепариновая мазь, гидрокортизоновая мазь и эмульсия

г) инъекции в сосочки новэмбихина, эмульсии гидрокортизона

д) антибиотики

036. В качестве склерозирующей терапии при гипертрофическом гингивите в десневые сосочки вводят

а) эмульсию гидрокортизона, раствор глюкозы 50-60%, раствор новэмбихина

б) сильные растворы антисептиков, ферменты

в) растворы антибиотиков

г) фурацилин

д) гепарин

037. Медикаментозные препараты в качестве аппликаций растворов накладываются на десну

а) на 2 часа

б) на 20 минут

в) на 6 часов

г) на 5 минут

д) не накладываются, а вводятся в виде инъекций в десневые сосочки

038. Укажите план лечения острого язвенного гингивита

а) обезболивание, антисептическая обработка, аппликация растворов ферментов, аппликация препаратов, улучшающих эпителизацию

б) антисептическая обработка, противовоспалительная терапия, воздействие кератолитических препаратов

в) антисептическая обработка, аппликация ферментов, повязки с кортикостероидными мазями

г) введение антибиотиков

д) снятие зубных отложений и воздействие препаратами, улучшающими эпителизацию

039. При остром язвенном гингивите внутрь назначают

а) обезболивающие препараты

б) антибиотики, обезболивающие, витамины

в) метронидазол, десенсибилизирующие препараты, витамины

г) сульфаниламидные препараты, антибиотики, витамины

д) общее лечение не назначается

040. При противовоспалительной терапии хронического генерализованного пародонтита легкой степени предпочтение необходимо отдать

- а) антибиотикам, так как они обладают противомикробным действием
- б) биологически активным веществам
- в) сильным антисептикам, так как они кроме антимикробного обладают прижигающим действием
- г) слабым антисептикам, ферментам, трихополу
- д) сильным кислотам, ваготилу, резорцину

041. Концентрация раствора хлоргексидина, рекомендуемая для орошений полости рта, составляет

- а) 2%
- б) 0.5%
- в) 0.1%
- г) 0.05%
- д) 0.01%

042. При заболеваниях пародонта целью избирательного пришлифовывания является

- а) нормализация прикуса
- б) устранение преждевременных окклюзионных контактов, приводящих к травме от окклюзии
- в) восстановление анатомической формы зубов
- г) устранение воспалительного процесса
- д) эстетические показания

043. Рекомендации по изменению питания больным с заболеваниями пародонта

- а) ограничить прием углеводов, особенно перед сном и в конце приема пищи, заканчивать прием пищи сырыми фруктами и овощами, хорошо очищающими поверхность зубов
- б) увеличить время обработки пищи, чтобы исключить повышенную нагрузку на пародонт
- в) исключить из приема пищу, острую, кислую, холодную, раздражающую нервные окончания в области обнаженных шеек зубов
- г) необходимо рекомендовать жареное, жирное
- д) необходима молочно-растительная диета

044. С целью профилактики заболеваний пародонта чистить зубы необходимо

- а) один раз утром
- б) два раза - утром и вечером
- в) только вечером
- г) три раза
- д) 3-5 раз

045. Для чистки зубов необходимо рекомендовать щетку

- а) с натуральной щетиной
- б) с искусственной щетиной
- в) не имеет значения
- г) жесткую
- д) мягкую

046. Хранить зубную щетку рекомендуют

- а) в футляре
- б) с намыленной щетиной
- в) в гипертоническом растворе соли
- г) без футляра
- д) в содовом растворе

047. Признаком, свидетельствующим о наибольшей выраженности воспаления, является

- а) отечность
- б) кровоточивость самопроизвольная
- в) нарушение тургора
- г) ретракция десны
- д) кровоточивость индуцированная

048. Каким путем зубной камень вызывает и поддерживает воспаление десны?

- а) травмирует десну
- б) ухудшает кровоснабжение десны
- в) эрозирует поверхность зуба
- г) является постоянным источником токсических продуктов
- д) снижает уровень десневого края

049. Наиболее эффективна в очистке апроксимальных поверхностей зубов

- а) зубная щетка
- б) нить (флосс)
- в) водяная струя
- г) зубочистка
- д) процедура полоскания

050. С возникновением гиперплазии десны связаны такие факторы, как

- а) прием противосудорожных препаратов
- б) беременность
- в) лейкоemia
- г) ротовое дыхание
- д) все перечисленное

051. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта используются

- а) очень широко
- б) широко
- в) очень редко
- г) по показаниям
- д) редко

052. При кюретаже подлежат удалению следующие участки измененной ткани

- а) грануляционная ткань
- б) поддесневой зубной камень, размягченный цемент корня
- в) поддесневой зубной камень, грануляционная ткань, проросший эпителий
- г) поддесневой зубной камень, участки размягченного цемента, содержимое кармана, грануляционная ткань, проросший эпителий десны

053. Десневая повязка после кюретажа накладывается на срок

- а) 12-14 дней
- б) не накладывается
- в) 5-7 дней
- г) 3 дня
- д) на сутки

054. После кюретажа используют в первые сутки

- а) защитные повязки (индифферентные)
- б) лечебные противовоспалительные повязки
- в) лечебные стимулирующие повязки
- г) повязки, содержащие ферменты
- д) повязки с кератопластическими препаратами

055. К тканям собственно периодонта относятся

- а) коллагеновые волокна
- б) эластические волокна
- в) коллагеновые, эластические, окситалановые волокна, кровеносные и лимфатические сосуды, нервы, клеточные элементы
- г) элементы, свойственные соединительной ткани

056. Укажите источник артериального кровоснабжения тканей пародонта

- а) ветви челюстной артерии
- б) ветви крыловидной артерии
- в) крылонебная артерия
- г) нижнечелюстная артерия

д) бассейн наружной сонной артерии

057. Трофическую функцию пародонта осуществляют

- а) артерии
- б) артериолы
- в) артериолы и венулы
- г) сеть капилляров и нервных рецепторов
- д) прекапилляры и посткапилляры

058. Основными факторами, приводящими к развитию окклюзионной травмы, являются

- а) бруксизм
- б) частичная вторичная адентия
- в) патология прикуса
- г) ошибки протезирования
- д) патология прикуса, бруксизм, частичная вторичная адентия, ошибка протезирования

059. Укажите основные признаки воспалительных изменений в десне

- а) гиперемия, отечность, кровоточивость
- б) десквамация, изъязвление, отечность, кровоточивость, гиперемия
- в) кровоточивость
- г) гиперемия, гноетечение
- д) гноетечение

060. Укажите основные причины развития очагового катарального гингивита

- а) дефекты пломбирования пришеечных кариозных полостей
- б) поддесневой зубной камень
- в) плохой уход за полостью рта
- г) наддесневые зубные отложения, наличие зубного налета, короткая низко прикрепленная уздечка губы и языка, дефекты пломбирования и протезирования
- д) снижение местного иммунитета

061. Укажите основные причины развития генерализованного катарального гингивита

- а) над- и поддесневой зубной камень
- б) ошибки пломбирования кариозных полостей и протезирования
- в) наличие зубной бляшки вследствие плохого ухода за зубами на фоне снижения местного и общего иммунитета
- г) низкий уровень гигиены полости рта
- д) заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы

062. Патоморфологическая картина хронического катарального гингивита

- а) выраженная сосудистая реакция
- б) нарушение процесса ороговения эпителия
- в) отек, набухание коллагеновых волокон, паракератоз, акантоз, клеточная инфильтрация, сосудистая реакция
- г) повышенная миграция лейкоцитов
- д) экссудация жидкости из десневой борозды

063. Основные причины развития гипертрофических гингивитов

- а) гормональные изменения в организме
- б) патология прикуса
- в) нерациональное протезирование
- г) гормональные изменения в организме, прием определенных медикаментозных препаратов (дифенин и др.), заболевания крови, дефицит витамина С, нерациональное протезирование
- д) недостаточная гигиена полости рта

064. Клиническая картина отеочной стадии гипертрофического гингивита

- а) кровоточивость при дотрагивании
- б) увеличение десневых сосочков, сопровождающихся синюшностью, напряжением тканей
- в) увеличение десневых сосочков с образованием ложных зубодесневых карманов
- г) наличие над- и поддесневых зубных отложений
- д) увеличение десневых сосочков, синюшность, гиперемия, кровоточивость при дотрагивании, образование ложных десневых карманов, появление отпечатков при надавливании твердым предметом

065. Клиническая картина фиброзной формы гипертрофического гингивита

- а) разрастание десневых сосочков
- б) кровоточивость десен
- в) плотные разросшиеся десневые сосочки бледно-розового цвета, кровоточивость отсутствует, имеются ложные десневые карманы
- г) образование десневых карманов глубиной до 5 мм, кровоточивость десен
- д) кровоточивость десен, гноетечение, запах изо рта

066. Основные причины развития язвенного гингивита

- а) измененная реактивность организма после общих инфекционных заболеваний, стресс, приводящий к блокаде системы мононуклеарных макрофагов

- б) снижение резистентности тканей пародонта к грамотрицательным бактериям
- в) образование над- и поддесневого зубного камня
- г) гормональные изменения в организме
- д) прием медикаментозных препаратов, вызывающих нарушение иммунитета

067. Клиническая картина язвенного гингивита

- а) кровоточивость и боли в деснах при приеме пищи
- б) разрастание десен, кровоточивость при дотрагивании
- в) изъязвление десневого края с усеченностью вершин сосочков, боли в деснах, гнилостный запах изо рта, большое количество зубного налета и камня, повышение температуры тела, потеря аппетита
- г) гноетечение из десен, гиперемия, боли при дотрагивании
- д) кровоточивость десен при приеме пищи, глубина десневых карманов 6-7 мм

068. Развитие язвенного гингивита вызывают

- а) десневая амеба, трихомонада, стрептококки, стафилококки, фузоспирохеты, спирохеты
- б) простейшие полости рта
- в) стрептококки, стафилококки
- г) фузоспирохеты
- д) простейшие и стрептококки

069. Основные причины развития пародонтита

- а) патология прикуса
- б) недостаточный гигиенический уход за зубами
- в) нарушение барьерной функции пародонта и иммунологической реактивности организма, на фоне которых местные причины (микроорганизмы, окклюзионная травма) приводят к воспалительным изменениям и деструктивным явлениям в пародонте
- г) снижение местной и общей реактивности организма
- д) микроорганизмы полости рта, приводящие к развитию и прогрессированию воспалительных изменений в пародонте

070. Основным дифференциально-диагностическим признаком пародонтита является

- а) гноетечение из десневых карманов
- б) повреждение связки зуба и образование десневого кармана
- в) кровоточивость десен и гноетечение при надавливании на десневой сосочек
- г) глубина десневого кармана от 5 мм
- д) увеличение десневых сосочков, гиперемия, синюшность, кровоточивость



071. Основными клиническими признаками пародонтита являются

- а) кровоточивость десен
- б) глубина десневых карманов 5-7 мм
- в) гноетечение из десневых карманов, повышенная чувствительность шеек зубов
- г) кровоточивость десен, отложение поддесневого камня, подвижность зубов, выделение гноя из десневого кармана, зубодесневые карманы глубиной от 3 мм и более
- д) увеличение десневых сосочков, повышенная чувствительность шеек

072. Клинические признаки пародонтоза

- а) отсутствие воспалительных явлений и зубодесневых карманов
- б) гиперемия десен, гноетечение из десневых карманов
- в) обнажение шеек зубов, ретракция десны, отсутствие воспалительных изменений, отсутствие подвижности зубов, повышенная чувствительность шеек зубов, зуд в деснах
- г) отечность, гиперемия десен, глубина десневых карманов от 5 мм, зуд в деснах
- д) болезненность и кровоточивость десен, подвижность зубов, повышенная чувствительность шеек зубов

073. Особенностью рентгенологической картины костной ткани челюстей при пародонтозе являются

- а) уменьшение высоты межзубных перегородок
- б) уменьшение костномозговых пространств, мелкоячеистый рисунок губчатой костной ткани, равномерное уменьшение высоты межзубных перегородок при сохранении кортикальных пластинок
- в) атрофические процессы в костной ткани
- г) воспалительная резорбция костной ткани лунок
- д) утолщение костных балок

074. Показаниями к проведению окклюзионного пришлифовывания являются

- а) наличие окклюзионной травмы
- б) дистопия зубов
- в) бруксизм, боли в височно-нижнечелюстном суставе, веерообразное расхождение зубов, неравномерное рассасывание костной ткани альвеолярного отростка, подвижность зубов
- г) подвижность зубов, дистопия зубов
- д) гноетечение из десневых карманов, обнажение шеек зубов

075. Окклюзионное пришлифовывание зубов проводится

- а) при пародонтозе

- б) при пародонтите тяжелой степени
- в) при гипертрофическом гингивите
- г) при наличии окклюзионной травмы, независимо от нозологической формы
- д) при обострениях различных форм заболевания пародонта

076. Возрастные показания для проведения окклюзионного пришлифовывания

- а) молочный прикус
- б) сменный прикус
- в) после прорезывания всех постоянных зубов
- г) от 20 до 30 лет
- д) только у взрослых

077. Группа зубов, на которой может быть проведено постоянное (балочное) шинирование при выраженной подвижности

- а) моляры
- б) резцы
- в) моляры и премоляры
- г) любая группа зубов
- д) все, кроме резцов

078. Показанием для проведения постоянного шинирования является

- а) подвижность зубов I степени
- б) подвижность зубов II-III степени
- в) пародонтоз тяжелой степени
- г) перед хирургическим лечением
- д) после хирургического лечения

079. Показаниями для депульпации зубов при пародонтите

- а) глубина десневых карманов 6 мм
- б) подвижность зубов II-III степени
- в) перед хирургическим лечением пародонтита тяжелой степени при глубине наддесневых карманов более 7 мм и подвижности зубов II степени
- г) не имеет значения глубина карманов и подвижность зубов
- д) никогда не депульпируют

080. Укажите физиотерапевтические воздействия, рекомендуемые при обострении воспалительных процессов в пародонте, сопровождаемые гноетечением

- а) электрофорез и фонофорез витаминов
- б) ультрафиолетовое излучение коротким спектром, лазерное излучение, флюктуоризация
- в) магнитотерапия
- г) УВЧ-терапия

д) масса

081. Гидромассаж рекомендуется проводить при лечении болезней пародонта

- а) до кюретажа или спустя три недели после кюретажа
- б) через неделю после кюретажа
- в) на любом этапе лечения
- г) сразу после кюретажа
- д) через полгода после кюретажа

082. Противопоказаниями для проведения физиотерапевтического лечения

- а) гноетечение из десневых карманов
- б) онкологические заболевания, туберкулез, инфекционные заболевания, сопровождающиеся высокой температурой, беременность
- в) хирургическое лечение болезней пародонта
- г) возраст до 15 лет
- д) возраст старше 50 лет

083. При проведении методики электрофореза лекарственных препаратов в ткани пародонта используется

- а) ток постоянный, высокого напряжения, небольшой силы
- б) низкого напряжения, небольшой силы постоянный ток
- в) переменный ток, небольшой силы высокого напряжения
- г) переменный ток низкого напряжения, небольшой силы
- д) постоянный ток высокого напряжения, большой силы

084. Противопоказаниями к проведению электрофореза при болезнях пародонта являются

- а) наличие гноя в зубодесневых карманах
- б) непереносимость постоянного тока, нарушение целостности эпителиального покрова слизистой оболочки, язвенный гингивит
- в) подвижность зубов II-III степени
- г) глубина зубодесневых карманов более 6 мм
- д) хирургическое лечение болезней пародонта

085. Каков действующий фактор методики д'арсонвализации, используемый при лечении пародонтитов?

- а) импульсный высокочастотный переменный ток малой силы и высокого напряжения
- б) постоянный ток низкого напряжения и большой силы
- в) постоянный ток высокого напряжения и небольшой силы
- г) переменный ток высокого напряжения и большой силы
- д) переменный ток низкого напряжения и большой силы

086. Какие параметры ультрафиолетового излучения используются для получения выраженного бактерицидного эффекта, при гнойных процессах в пародонте?

- а) коротковолновое ультрафиолетовое излучение
- б) длинноволновое ультрафиолетовое излучение
- в) ультрафиолетовое излучение интегрального спектра
- г) инфракрасные лучи
- д) не имеет значения длина волны

087. При обучении пациента гигиене полости рта необходимо подчеркнуть, что рост налета возобновляется: через сколько часов после тщательной чистки зубов он начинает расти и вредно воздействовать на зубы и десну?

- а) через 1 час
- б) через 3 часа
- в) через 6 часов
- г) через 12 часов
- д) через 24 часов

088. Самое важное в поддержании гигиены полости рта

- а) употреблять много воды и тщательно полоскать рот
- б) регулярно посещать зубного гигиениста
- в) тщательно чистить зубы щеткой и пользоваться флоссами не менее 1 раз в день
- г) использовать антисептические полоскания
- д) верно б) и г)

089. Наиболее подходящие качества зубной щетки 1) жесткие нейлоновые щетинки 2) мягкие нейлоновые щетинки 3) мягкие натуральные щетинки 4) щетинки должны иметь закругленные концы 5) щетинки

должны иметь плоские концы

- а) верно 1 и 3
- б) верно 2 и 4
- в) верно 2 и 5
- г) верно 3 и 4
- д) верно 1 и 5

090. Укажите утверждения, справедливые по отношению к заболеваниям пародонта 1) заболевания пародонта инициируются местными раздражающими факторами 2) системные факторы влияют на

прогрессирование заболеваний пародонта 3) травматические факторы не влияют на прогрессирование заболеваний пародонта

- а) верно 1; 2 и 3 - ложны

- б) верно 2; 1 и 3 - ложны
- в) верно 1 и 2; 3 - ложно
- г) ни одно из них неверно
- д) верны все утверждения

Тема: 1-11. Заболевания слизистой оболочки полости рта

001. В основу современных классификаций афтозных стоматитов положена

- а) клиника
- б) этиология
- в) патогенез
- г) морфогенез
- д) элемент

002. Длительность существования афты

- а) 5 дней
- б) 10 дней
- в) 15 дней
- г) более 10 дней
- д) от 15 до 40 дней

003. После заживления афты останется

- а) рубец гладкий
- б) деформирующий рубец
- в) рубцовая атрофия
- г) слизистая оболочка останется без изменений
- д) все вышеперечисленное

004. В основу классификации пузырных заболеваний положен

- а) этиологический принцип
- б) патогенетический принцип
- в) клинический принцип
- г) анамнестический принцип
- д) наследственный принцип

005. Главными "воротами" для проникновения микробов в организм человека является

- а) носовые ходы
- б) полость рта
- в) раневая поверхность
- г) половые органы
- д) мочевые пути

006. Многоформную экссудативную эритему принято относить к группе следующих заболеваний

- а) инфекционных
- б) аллергических
- в) инфекционно-аллергических
- г) неизвестной этиологии
- д) лекарственных

007. Для многоформной экссудативной эритемы характерен элемент поражения

- а) пузырь
- б) папула
- в) уртина
- г) сочетание нескольких элементов
- д) эрозия

008. Цикл развития пузырных заболеваний составляет

- а) 1 неделю
- б) 2 недели
- в) 3 недели
- г) 2 месяца
- д) 10 дней

009. Наиболее часто провоцирует развитие болезней фактор

- а) охлаждение
- б) переутомление
- в) нарушение диеты
- г) прием лекарственных препаратов
- д) обострение воспаления в очагах хронической инфекции

010. Зависит ли характер течения многоформной экссудативной эритемы от давности заболеваний?

- а) да, ибо проявления болезни с течением времени становятся менее выраженными
- б) да, так как симптомы заболеваний усугубляются
- в) нет, так как рецидивы болезни отличаются однотипными симптомами
- г) с течением времени заболевание переходит в аллергию
- д) нет, заболевание течет монотонно

011. Принято различать форм лейкоплакий

- а) одну
- б) две
- в) три
- г) четыре
- д) пять

012. Сколько клинических разновидностей заболеваний красного плоского лишая принято различать на слизистой оболочке полости рта?

- а) три
- б) четыре
- в) пять
- г) шесть
- д) два

013. Наиболее часто провоцирует развитие язвенно-некротический стоматит такой фактор, как

- а) охлаждение
- б) снижение уровня факторов естественной защиты
- в) вирусная атака
- г) плохая гигиена полости рта
- д) утомление

014. Ведущим симптомом при обнаружении декубитальной язвы во время осмотра полости рта является

- а) увеличение лимфоузлов
- б) запах изо рта
- в) валикообразные края язвы и плотное дно
- г) резкая болезненность
- д) температура тела

015. Какое действие врача является достаточным и тактически верным при декубитальной язве?

- а) исследование язвы
- б) прижигание язвы
- в) смазывание антисептиками
- г) биопсия
- д) консультация онколога

016. Ведущим признаком медикаментозного стоматита является

- а) отсутствие продромальных явлений
- б) появление симптомов во рту после употребления лекарств
- в) наличие эрозий или пузырей
- г) наличие гиперемии и отека
- д) положительная накожная проба

017. Наиболее целесообразные действия врача при медикаментозном стоматите

- а) назначение внутрь антигистаминных препаратов
- б) отмена лекарств
- в) назначение нистатина внутрь
- г) назначение антисептика в виде аппликаций или полосканий

д) назначение стероидных гормонов

018. Диагноз контактный стоматит ставится на данных

- а) анамнеза
- б) клинических симптомов
- в) лабораторных анализов
- г) дополнительных методов исследования
- д) цитологических

019. При контактном стоматите ведущим клиническим симптомом является

- а) гиперемия
- б) отек
- в) боли
- г) парестезия
- д) гиперестезия

020. Действие врача при стоматите, вызванном протезом

- а) изъятие протеза сроком на 2-3 недели
- б) покрытие поверхности протеза специальными инертными составами
- в) назначение противовоспалительных медикаментозных средств
- г) замена протеза
- д) изготовление протеза из золота

021. Наиболее часто провоцирует кандидамикоз

- а) употребление в пищу большого количества свежих фруктов
- б) утомление
- в) алкоголизация
- г) охлаждение
- д) контакт с больным

Тема: 1-12. Методы диагностики и лечения в стоматологии

001. Электрический ток - это

- а) направленное (упорядоченное) движение зарядов
- б) поток электронов
- в) поток ионов
- г) перемещение положительных ионов
- д) перемещение отрицательных ионов

002. Постоянный электрический ток - это

- а) направленное движение электрических зарядов
- б) направленное перемещение положительных и отрицательных ионов
- в) перемещение положительных ионов
- г) движение электрических зарядов, направление которых с течением времени меняется



д) перемещение электронов

003. Переменный электрический ток - это

а) перемещение отрицательных ионов

б) направление движения положительных и отрицательных ионов

в) движение зарядов, направление которых дважды меняется в каждую единицу времени

г) колебательное движение положительных ионов

д) перемещение электронов

004. Электрический ток лучше всего проводят

а) мышечная ткань

б) кожа

в) твердые ткани зуба

г) слюна

д) костная ткань

005. Хуже всего проводят электрический ток

а) мышечная ткань

б) кожа

в) твердые ткани зуба

г) слюна

д) костная ткань

006. Живая ткань способна проводить электрический ток благодаря

а) наличию в ней жидкости

б) наличию в ней ионов

в) наличию отрицательных зарядов

г) наличию положительных зарядов

д) наличию биопотенциалов в клетке

007. Назначение гидрофильной прокладки

а) способствовать равномерному распределению тока

б) предохранять кожу от ожога

в) уменьшить сопротивление ткани постоянному току

г) уменьшить нагревание ткани

д) уменьшить раздражающее действие переменного тока

008. Нужна ли гидрофильная прокладка при гальванизации?

а) да, ибо в ней скапливаются ионы и образуются прижигающие вещества

б) да, так как гидрофильная прокладка предохраняет кожу от ожога и способствует повышению электропроводности

в) нужна, так как она улучшает электропроводность

г) не нужна, так как постоянный ток не вызывает нагревания тканей и электрода

д) не нужна, так как она ухудшает электропроводность кожи

009. Гидрофильная прокладка не применяется

а) при гальванизации

б) при диатермии

в) при лечении ультразвуком

г) при диадинамотерапии

д) при флюктуоризации

010. Гидрофильная прокладка смачивается

а) всем нижеперечисленным

б) холодной водопроводной водой

в) дистиллированной водой

г) теплым раствором, содержащим неорганические соли, физраствором, теплой водопроводной водой

011. Имеется ли различие в действии разных полюсов постоянного тока на ткани?

а) нет, ибо через оба электрода проходит одинаковое количество тока

б) да, имеется

в) нет, ибо постоянный ток неравномерно распределяется, большая его часть скапливается у катода (-)

г) да, ибо постоянный ток неравномерно распределяется в тканях с разной электропроводностью

д) нет, ибо большая часть тока проходит через анод (+)

012. Гальванизация - это

а) применение с лечебной целью электрического тока

б) применение с лечебной целью переменного электрического тока низкой частоты

в) применение с лечебной целью постоянного тока низкого напряжения, не изменяющего своей величины (силы)

г) введение в ткани лекарственных веществ посредством постоянного тока

д) применение переменного тока высокой частоты

013. Электрофорез - это

а) применение с лечебной целью электрического тока

б) применение с лечебной целью электрического тока высокой частоты

в) введение в ткани лекарственных веществ посредством постоянного тока

г) введение в ткани лекарственных веществ посредством переменного тока

д) введение в ткани лекарственных веществ с помощью ультразвукового аппарата

014. Кариозную полость при электрофорезе корневых каналов целесообразно закрывать

- а) дентином, так как его легко удалить после процедуры
- б) цементом, так как при этом достигается герметичное закрытие полости
- в) липким воском
- г) обычным воском
- д) тугим ватным тампоном, так как он обеспечивает удержание электрода в кариозной полости

015. Электрофорез йода более всего показан

- а) при остром периодонтите
- б) при всех нижеперечисленных формах периодонтита
- в) при любой форме хронического периодонтита с непроходимыми корневыми каналами
- г) при медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите
- д) в зубах, не выдерживающих герметического закрытия

016. УВЧ показано

- а) при хроническом периодонтите
- б) при остром периодонтите, при хроническом периодонтите в стадии обострения
- в) при любой форме хронического периодонтита с непроходимыми корневыми каналами
- г) при медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите
- д) в зубах, не выдерживающих герметического закрытия

017. При обострении зуба после пломбирования канала (при наличии отека, гиперемии) целесообразно применять

- а) УВЧ
- б) микроволны
- в) флюктуоризацию
- г) электрофорез новокаина
- д) д'арсанвализацию

018. При методе витальной экстирпации экспозиция диатермокоагуляции составляет

- а) 2-3 с
- б) 6-7 с
- в) 60 с
- г) 20 с
- д) 1-2 мин

019. Длительность процедуры электрофореза

- а) 20-30 мин
- б) 6-8 с
- в) 20-60 с
- г) 2-4 мин
- д) 5-10 мин

020. При кариесе зубов наиболее целесообразны

- а) электрофорез, УФО
- б) общие ультрафиолетовые средства физиотерапии
- в) УВЧ
- г) микроволны
- д) д'арсонвализация

021. Экспозиция заапикальной диатермокоагуляции

- а) 60 с
- б) 6-8 с
- в) 2-3 с
- г) 20 мин
- д) 1-2 мин

022. Экспозиция диатермокоагуляции грануляционной ткани в  
корневом канале

- а) 2-3 с
- б) 6-8 с
- в) 60 с
- г) 20 с
- д) 1-2 мин

023. Диатермокоагуляцию в корневом канале применяют

- а) для стерилизации корневого канала
- б) для девитализации
- в) для диатермокоагуляции грануляционной ткани и корневой пульпы
- г) для обезболивания
- д) для всего вышеперечисленного

024. Электроодонтометрия - это

- а) исследование состояния нервных окончаний пульпы
- б) диагностика пульпита
- в) диагностика кариеса
- г) диагностика периодонтита
- д) диагностика пародонтита

025. Электроодонтометрия применяется

- а) для определения состояния нервных окончаний пульпы
- б) для определения состояния нервных окончаний периодонта
- в) для дифференциальной диагностики пульпита и периодонтита
- г) для дифференциальной диагностики кариеса и пульпита
- д) для определения возбудимости нервных окончаний пародонта

026. При электроодонтометрии применяется сила тока

- а) от 0 до 150 мкА (микроампер)
- б) от 0 до 150 А (ампер)
- в) от 10 до 50 мкА
- г) от 50 до 100 мкА

027. Наиболее часто применяют при лечении пульпита

- а) электрофорез
- б) диатермокоагуляцию
- в) флюктуоризацию
- г) микроволны
- д) д'арсанвализацию

028. При лечении хронического периодонтита применяют

- а) электрофорез
- б) диатермокоагуляцию
- в) флюктуоризацию
- г) микроволны
- д) д'арсанвализацию

029. Реакция пульпы на 15-20 мкА соответствует диагнозу

- а) хронический фиброзный пульпит
- б) глубокий кариес, острый пульпит
- в) хронический периодонтит
- г) гангренозный пульпит (отсутствие коронковой пульпы)
- д) острый периодонтит

030. Реакция пульпы на 60 мкА соответствует заболеванию

- а) острому пульпиту
- б) глубокому кариесу
- в) хроническому периодонтиту
- г) гангренозному пульпиту (отсутствие коронковой пульпы)
- д) острому периодонтиту

031. При отсутствии реакции на ток до 100 мкА можно предположить следующее заболевание

- а) средний кариес
- б) интактный зуб
- в) хронический периодонтит

- г) гангренозный пульпит
- д) глубокий кариес

032. В несформированном зубе пульпа отвечает на силу тока

- а) 2-3 мкА
- б) 15-20 мкА
- в) 40-60 мкА
- г) 80-90 мкА и ниже
- д) ответная реакция отсутствует

033. Флюктуоризацию целесообразно назначить

- а) при кариесе
- б) при хроническом периодонтите
- в) при хроническом пульпите
- г) при остром периодонтите, пародонтите
- д) все вышеперечисленное

034. Д'арсонвализацию можно рекомендовать

- а) при множественном кариесе
- б) при хроническом периодонтите
- в) при хроническом гингивите
- г) при невралгии тройничного нерва
- д) при неврите

035. УФО назначают

- а) при среднем кариесе
- б) при остром герпетическом гингивите
- в) при пульпите
- г) при декубитальной язве, афтозном стоматите
- д) при лейкоплакии

036. При остром ограниченном периодонтите может быть применена

- а) электрофорез
- б) д'арсонвализация
- в) диатермокоагуляция
- г) микроволновая терапия, флюктуоризация
- д) ЭП УВЧ

Тема: 2-2.Топогр. анатомия и опер. хирургия челюстно-лицевой области и шеи

001. Мандибулярная ветвь тройничного нерва иннервирует следующие мышцы

- а) мышцу, опускающую небную занавеску
- б) мышцу, поднимающую небную занавеску
- в) небо-язычную

- г) язычок
- д) щечную

002. В поднимании нижней челюсти не участвует

- а) жевательная мышца
- б) медиальная крыловидная мышца
- в) верхняя часть височной мышца
- г) латеральная крыловидная мышца

003. Дермоидная киста

- а) обычно располагается подкожно
- б) обычно располагается внутрикожно
- в) не содержит волосы и сальные железы
- г) может содержать мезодермальный компонент
- д) верно а) и г)

004. Дефицит аскорбиновой кислоты в период заживления раны приводит

- а) к замедлению продуцирования коллагена фибропластами
- б) к воспалительной реакции
- в) к вазодилатации
- г) к замедлению митотической активности эпителия
- д) ни одно из перечисленных

005. Нарушение остеорепаративных процессов при переломе нижней челюсти может быть вызвано

- а) неадекватной резорбцией кости
- б) плохой иммобилизацией
- в) реакцией на чужеродный металл
- г) системным заболеванием
- д) инфекцией
- е) всем вышеперечисленным

Тема: 2-3. Методы обследования в челюстно-лицевой хирургии

001. При клиническом методе обследования жалобы и анамнез включают в себя

- а) общие сведения о больном
- б) анамнез жизни
- в) анамнез заболевания
- г) перенесенные и сопутствующие заболевания
- д) все перечисленные выше

002. Как поступать, если больной не может подробно рассказать анамнез заболевания?

- а) не предавать этому значения
- б) задавать наводящие вопросы
- в) вызвать на беседу родственников

г) записать в истории болезни, что собрать анамнез заболевания не удалось

д) верно б) и в)

003. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания,

а) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются

б) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи

в) история болезни заполняется после нормализации состояния

004. Следует ли писать в истории болезни: "при внешнем осмотре отмечается асимметрия лица"?

а) обязательно

б) нет, так как нет симметричных лиц

005. В истории болезни при внешнем осмотре больного отражается

а) локализация изменений

б) характер изменений (припухлость, деформация, рубец, дефект)

в) функциональные нарушения (речи, глотания, жевания)

г) цвет кожных покровов (нормальные, бледные, цинотичные, гиперемизированные)

д) верно а), б), г)

006. Последовательность осмотра слизистой полости рта

а) губ, щек, альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба, языка, подъязычной области

б) губ, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, языка, щек

в) губ, языка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, щек, альвеолярных отростков

007. Ложная флюктуация - это

а) флюктуация воспринимается в одном направлении

б) отсутствие колебаний жидкости в полости

в) колебание жидкости во всех направлениях

009. Как правильно проводить пальпацию?

а) от "здорового" к "больному" участку тела

б) от "больному" к "здоровому" участку тела

010. Бимануальная пальпация применяется

а) во всех случаях патологии челюстной-лицевой области

б) в челюстно-лицевой области не применяется

в) при патологии тканей дна полости рта

г) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез



- д) только при локализации процесса в щечной области
- е) при локализации процесса на шее

011. Для рентгенологического обследования костей челюстно-лицевой области используются

- а) рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях
- б) аксиальные и полуаксиальные рентгенограммы
- в) все перечисленное выше
- г) обследование нижней челюсти
- д) обследование височно-нижнечелюстного сустава
- е) обследование твердого неба
- ж) обследование гайморовой пазухи
- з) обследование дна полости рта

012. При обследовании каких органов челюстно-лицевой области используется томография?

- а) височно-нижнечелюстном суставе
- б) придаточных пазух носа
- в) слюнных желез
- г) нижней челюсти
- д) кости носа
- е) подвисочных и крылонебных ямок

013. Следующая рентгенологическая методика позволяет тщательно изучить те отделы черепа, которые из-за особенностей геометрической формы не могут быть сняты в различных проекциях

- а) электрорентгенография
- б) ортопантомография
- в) рентгенокинематография
- г) панорамная рентгенография

014. Картина крови регенерационного типа

- а) лейкоцитоз, выраженный сдвиг влево
- б) лейкопения, выраженный сдвиг влево
- в) лейкоцитоз, лейкоцитарная формула изменена
- г) эритромия, высокие цифры СОЭ
- д) лейкоцитоз, высокие цифры СОЭ

015. Методами выбора материала для цитологического исследования являются

- а) пункционный
- б) аспирационный
- в) соскоб
- г) мазок, отпечаток
- д) все вышеперечисленное

Тема: 2-5. Обезболивание в хирургической стоматологии

001. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется

- а) мианозом, сонливостью; уменьшается назначением в премедикации
- б) судорогами
- в) тошнотой и рвотой

002. Наибольшей длительностью действия обладает

- а) тримекаин
- б) новокаин
- в) лидокаин
- г) маркаин

003. Новокаин наиболее эффективен для

- а) инфильтрационной анестезии
- б) проводниковой анестезии
- в) внутрилигаментарной инъекции
- г) спонгиозной инъекции
- д) внутрипериодонтальной инъекции

004. Тримекаин наиболее эффективен для

- а) инфильтрационной инъекции
- б) проводниковой инъекции
- в) поднадкостничной инъекции
- г) внутрилигаментарной инъекции
- д) спонгиозной инъекции

005. Лидокаин наиболее эффективен для

- а) инфильтрационной инъекции, проводниковой инъекции
- б) спонгиозной инъекции
- в) внутрилигаментарной инъекции
- г) внутрипульпарной инъекции

006. Инфильтрационная анестезия наиболее показана

- а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
- б) для нижнего первого премоляра
- в) для центральных нижних резцов

007. Первым признаком анафилактического шока является

- а) снижение центрального венозного давления
- б) снижение сердечного выброса
- в) снижение артериального давления
- г) повышение артериального давления
- д) увеличение венозного возврата

008. Пульсовое давление при выраженном сосудистом коллапсе

- а) увеличивается
- б) остается неизменным
- в) уменьшается, а затем увеличивается
- г) уменьшается
- д) variabelьно

009. Противопоказаниями к проведению местного обезболивания являются

- а) дентофобия
- б) резко выраженная эмоциональность с невротической реакцией
- в) заболевания центральной нервной системы
- г) детский возраст
- д) все вышеперечисленные противопоказания

Тема: 2-6. Операции удаления зубов. Общие и местные осложнения

001. Показаниями к удалению зубов являются

- а) хронический периодонтит, не подлежащий лечению; зубы с непроходимыми каналами, острые воспаления
- б) гангренозный пульпит, кариес
- в) боли в области нижней челюсти
- г) травма коронковой части зуба
- д) радикулярная киста

002. Местными противопоказаниями к удалению зубов являются

- а) безуспешность лечения хронического периодонтита
- б) вывих зубов
- в) зубы с хорошо проходимыми каналами, гангренозный пульпит
- г) острый гнойный воспалительный процесс одонтогенного происхождения
- д) лицевые боли

003. К общим противопоказаниям к удалению зубов относятся

- а) острый лейкоз
- б) заболевания крови, сердечно-сосудистой системы
- в) хронический периодонтит в стадии обострения
- г) гипертоническая болезнь легкой степени
- д) общая слабость

004. Подготовка больного к операции удаления зубов заключается

- а) в предупреждении больного о длительности вмешательства, медикаментозной подготовке (премедикации), обезболивании
- б) в измерении артериального давления
- в) в снятии зубного камня
- г) в измерении температуры тела
- д) в снятии электрокардиограммы

005. Особенности подготовки больного с сердечно-сосудистыми заболеваниями заключается

- а) в консультации невропатолога
- б) в общих и клинических анализах
- в) в консультации кардиолога, электрокардиограмме, премедикации, клинических анализах
- г) в психологической подготовке
- д) в гемотрансфузии
- е) верно в) и д)

006. Особенности подготовки больных с заболеваниями крови

- а) консультация гематолога, анализы крови
- б) введение за 6 часов до операции викасола
- в) проведение гемотрансфузии
- г) проведение электрокардиограммы
- д) рентгенографическое исследование легких
- е) верно а) и в)

007. Особенности подготовки больных с психическими заболеваниями

- а) консультация психиатра, коррекция психологического статуса, премедикация, участие санитаров
- б) внутривенное введение седативных средств
- в) внутримышечное введение аминазина
- г) проведение электрокардиограммы
- д) консультация психиатра

008. Методика удаления зубов заключается

- а) в отделении слизистой десны от шейки зуба, наложении щипцов на зуб под углом 30-40° к его оси
- б) в удалении моляров или премоляров прямыми щипцами
- в) в отделении слизистой десны от шейки зуба, наложении щипцов параллельно оси зуба, тракции, экстракции
- г) в наложении щипцов на коронку зуба, без отделения слизистой десны
- д) в иссечении десневого края, тракции, экстракции

009. Положение хирурга и больного при удалении зубов

- а) врач располагается слева от больного, больной в полулежащем положении
- б) врач располагается справа от больного; при удалении моляров и премоляров нижней челюсти справа врач располагается справа сзади, больной находится в полулежащем положении
- в) больной в лежащем положении

- г) больной на операционном столе
- д) больной сидит в кресле, врач сидит справа от него

010. При атипичном расположении зуба (дистопия, ретенция) для его удаления применяется

- а) удаление с помощью щипцов
- б) удаление с помощью бормашины
- в) удаление с помощью элеватора и молотка
- г) удаление с помощью бормашины, долота и элеватора
- д) удаление с помощью элеватора

011. Хирургическая обработка раны после удаления зуба заключается

- а) в удалении мелких осколков из лунки, тугая тампонада
- б) в ушивании лунки
- в) в выскабливании альвеолы и удалении кровяного сгустка
- г) в промывании лунки раствором антисептика
- д) убедиться, все ли корни удалены, в извлечении мелких осколков, сдавливании краев лунки

012. Альвеолэктомия проводится

- а) для лучшего заживления послеоперационной раны
- б) для улучшения кровотока
- в) для профилактики альвеолита
- г) для уменьшения боли
- д) с целью подготовки для протезирования

013. Гемисекция - это

- а) удаление коронковой части зуба с одномоментным пломбированием каналов
- б) удаление зуба с последующим установлением на прежнее место после его предварительной обработки
- в) резекция корня
- г) расчленение зуба вместе с корнем и удаление пораженной части
- д) частичная резекция корня и коронки зуба

014. Оптимальные сроки заживления костной раны после удаления зубов

- а) 12-14 дней
- б) 1 месяц
- в) 7-10 дней
- г) 1 год
- д) 3-4 месяца

015. К симптомам обморока, возникшего во время удаления зуба, относятся

а) бледность кожных покровов, синюшность лица, сухой язык, спадение век, учащение дыхания, частый пульс, снижение артериального давления

б) кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение, звон в ушах, тошнота, резкое побледнение кожных покровов

в) двигательное и речевое возбуждение, резкая бледность кожи, расширение зрачков, дыхание поверхностное

г) потеря сознания, вегетативные симптомы, тонические судороги, прикусывание языка, самопроизвольное мочеиспускание, галлюцинаторные феномены

д) повышение артериального давления, головокружение, общая слабость, двоение в глазах

016. Признаками коллапса являются

а) двигательное и речевое возбуждение, запавшие неподвижные глаза, расширенные зрачки, резкая бледность, поверхностное дыхание, резкое падение артериального давления

б) бледность кожных покровов, синюшность лица, сухой язык, учащение дыхания, частый пульс, умеренное падение артериального давления

в) кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение, звон в ушах, резкое побледнение кожи, тошнота, иногда рвота

г) повышение артериального давления, частый пульс, общая слабость, двоение в глазах

д) потеря сознания, вегетативные симптомы, судороги, прикусывание языка, самопроизвольное мочеиспускание, галлюцинаторные феномены

017. К наиболее частым причинам кровотечения после удаления зубов относятся

а) повреждение сосудов

б) гипертоническая болезнь, системные заболевания крови

в) перелом коронки зуба

г) травматическое удаление зубов

д) верно б) и г)

018. К признакам альвеолита относятся

а) воспаление мягких тканей в области лунки

б) кратковременная боль без признаков воспаления

в) боли постоянного характера, воспаление мягких тканей в области лунки удаленного зуба, зловонный запах изо рта

г) наличие в лунке мелких секвестров

д) "сухая" лунка

019. Рентгенологические признаки остеомиелита лунки

а) остеопороз костных стенок лунки

- б) остеосклероз костных стенок лунки
- в) сочетание остеопороза и остеосклероза
- г) без изменений
- д) наличие секвестров в челюсти

020. К методам лечения альвеолита относятся

- а) кюретаж лунки
- б) кюретаж лунки, промывание антисептиками и рыхлая тампонада
- в) тугая тампонада лунки
- г) промывание лунки антисептиками и тампонада
- д) физиотерапия

021. Наиболее частой локализацией перелома нижней челюсти при травматичном удалении зуба является

- а) альвеолярный отросток
- б) тело челюсти
- в) мыщелковый отросток
- г) угол нижней челюсти
- д) верно а) и г)

022. К признакам повреждения дна гайморовой пазухи относятся

- а) обильное кровотечение из лунки
- б) выраженный болевой синдром
- в) бессимптомно
- г) обильное кровотечение из лунки, прохождение воздуха из носа в полость рта, кровотечение из носа
- д) кровотечение из носа

023. Тактика при попадании корня в гайморовую пазуху

- а) лечение не проводить
- б) пластика соустья местными тканями без удаления корня
- в) радикальная гайморотомия, ревизия гайморовой пазухи с пластикой соустья в условиях стационара
- г) гайморотомия в поликлинике
- д) удаление корня через лунку

024. Первая помощь при вывихе нижней челюсти во время удаления зуба

- а) наложение пращевидной повязки
- б) вправление вывиха, наложение пращевидной повязки
- в) вправление вывиха
- г) обезболивание, наложение пращевидной повязки
- д) направить больного в стационар

025. Реплантация зубов - это

- а) введение в кость имплантата
- б) пересадка одного зуба в лунку другого
- в) увеличение высоты альвеолярного отростка
- г) изменение положения дистопированного зуба
- д) удаление зуба, его обработка, пломбирование, введение в лунку и фиксация

026. Наиболее эффективными физиотерапевтическими методами при альвеолите являются

- а) УВЧ
- б) электрофорез
- в) УФО
- г) лазерная терапия
- д) д'арсанвализация
- е) верно в) и г)

027. К показаниям к общему обезболиванию при удалении зуба относятся

- а) беременность
- б) непереносимость местных анестетиков
- в) настоятельная просьба больного
- г) зуб в линии перелома челюсти
- д) обширный инфаркт миокарда

028. При удалении моляров на верхней челюсти необходима

- а) инфильтрационная анестезия
- б) небная проводниковая анестезия
- в) резцовая + инфильтрационная анестезия
- г) туберальная анестезия
- д) туберальная, небная, инфильтрационная анестезии

Тема: 2-7. Воспалительные процессы в челюстно-лицевой области

001. Признаками, характерными для флегмоны височной области, являются

- а) перечисленные ниже признаки б), в), г)
- б) равномерная отечность с переходом на веки
- в) болезненность при надавливании на височную мышцу
- г) ограничение открывания рта
- д) правильный ответ не представлен

002. Наиболее характерен для флегмоны височной области следующий набор признаков

а) отечность верхнего и нижнего век; ограничение движения глазного яблока; высокая температура; снижение слуха с одной стороны; контрактура нижней челюсти



б) сглаженность верхней переходной складки; высокая температура; разлитая отечность в верхней и средней трети бокового отдела лица; небольшое ограничение открывания рта; пальпация за бугром челюсти болезненна

в) разлитой инфильтрат; высокая температура; пальпация болезненна; ограничение открывания рта; боли при

жевании

г) осумкованный гнойник под кожей; открывание рта свободно; кожа гиперемирована; пальпация мало

болезненна; жевание безболезненно

д) разлитая отечность; резкая гиперемия кожи; болезненно легкое прикосновение; конъюнктивы гиперемированы; слезотечение

003. Признаками, характерными для флегмоны подвисочной и крылонебной ямок, являются

а) острое начало

б) раннее ограничение открывания рта

в) боли, отдающие в висок и глаз

г) правильные ответы а), б), в)

д) правильный ответ не представлен

004. Признаками, характерными для флегмоны подвисочной и крылонебной ямок, являются

а) асимметрия лица за счет отека мягких тканей скуловой области

б) болезненность и ограничение открывания рта

в) верно а) и б)

г) отечность переходной складки за бугром верхней челюсти

д) болезненность в области наружной поверхности угла нижней челюсти

006. При установлении диагноза одонтогенной флегмоны подглазничной области следует

а) удалить причинный зуб и направить на госпитализацию

б) удалить причинный зуб и сделать разрез по переходной складке с рассечением надкостницы, после чего госпитализировать больного

в) провести рентгенологическое обследование, удалить причинный зуб, назначить антибиотики и наблюдать больного

г) направить больного на госпитализацию самостоятельно

д) взять наряд на госпитализацию и отправить в стационар в сопровождении медицинского персонала

007. Для флегмоны подглазничной области верен следующий набор анатомической границы

а) нижнеорбитальный край; боковая граница носа; альвеолярный отросток верхней челюсти; скуловая кость

- б) нижнеорбитальный край; боковая граница носа; альвеолярный отросток верхней челюсти; бугор верхней челюсти
- в) нижнеорбитальный край; боковая граница носа; собачья ямка; скулоальвеолярный гребень

008. Наиболее характерен для флегмоны щеки следующий набор признаков

- а) острое начало; высокая температура; разлитой инфильтрат; периодонтитный моляр; флюктуация
- б) острое начало; субфебрильная температура; флюктуация; обильная саливация
- в) острое начало; высокая температура; затруднение глотания; флюктуация; периодонтитный моляр
- г) острое начало; высокая температура; ограниченный инфильтрат; периодонтитный премоляр; ограниченное открывание рта
- д) заболевание развивается постепенно; высокая температура; ограниченный инфильтрат в центре щеки; флюктуация; обильная саливация

009. При установлении диагноза флегмоны щеки следует

- а) провести пункцию, удалить гной и ввести антибиотики
- б) сделать прокол кожи и выпустить гной
- в) вскрыть флегмону широким разрезом через кожу
- г) направить в стационар
- д) удалить причинный зуб, наложить повязку по методу Дубровина

010. Наиболее характерен для флегмон корня языка следующий набор признаков

- а) увеличение размеров языка; ограничение подвижности языка; рот полуоткрыт; резкие иррадиирующие боли; затруднено глотание и дыхание
- б) острое начало; разрушен моляр; повышение температуры тела; инфильтрат между языком и телом нижней челюсти; боли при движении языком

011. Наиболее характерен для абсцесса челюстно-язычного желобка следующий набор признаков

- а) острое начало; высокая температура; боль в области нижней челюсти; гиперемия слизистой подъязычной области в боковом отделе; кариозно разрушенный моляр на нижней челюсти
- б) острое начало; боли при глотании; затрудненное открывание рта; увеличенные болезненные лимфатические узлы подчелюстной области; инфильтрат подъязычной области на уровне моляров
- в) острое начало; боль при глотании; ограничение открывания рта; передняя небная дужка смещена медиально; инфильтрат под углом челюсти;
- г) высокая температура; небольшое ограничение открывания рта; разлитой инфильтрат; снижение слуха с одной стороны; боль при жевании

012. Антибиотики обладают
- а) бактерицидным действием
  - б) бактериостатическим действием
  - в) и тем, и другим

013. Наиболее характерен для флегмоны поднижнечелюстной области следующий набор признаков

- а) острое начало; болезненное глотание; контрактура нижней челюсти; высокая температура; инфильтрат под углом нижней челюсти
- б) острое начало; сглаженность переходной складки; сухость во рту; разрушенный нижний моляр; боль при жевании
- в) высокая температура; разлитая отечность в средней и нижней трети бокового отдела лица; инфильтрат в области угла нижней челюсти; ограничение открывания рта до 0.5 см; разрушенный 8 зуб
- г) острое начало; высокая температура; глотание слегка болезненно; воспалительная контрактура I степени; разрушенный 7 зуб
- д) заболевание развивается медленно в течение 5-7 суток; субфебрильная температура; уплотнение и болезненность в поднижнечелюстной области; сухость во рту; болезненность по ходу Варганова протока

014. Для флегмоны подбородочной области наиболее характерно

- а) острое начало; боли при глотании; высокая температура; обильная саливация
- б) острое начало; движения языком болезненны; сухость во рту; ограничение открывания рта; разрушен нижний моляр
- в) заболевание связано с охлаждением, развивается в течение 2-3 суток; субфебрильная температура; открывание рта свободное; сухость во рту; уплотнение и болезненность в подчелюстной области
- г) острое начало; субфебрильная температура; открывание рта свободное; инфильтрат книзу от подбородка; разрушен первый резец
- д) острое начало; подъязычный валик гиперемирован; язык приподнят, отечен в переднем отделе; сухость во рту; уплотнение и болезненность в подчелюстной области

015. Наиболее характерен для флегмоны дна полости рта следующий набор признаков

- а) острое начало; инфильтрат определяется в подъязычной и подчелюстной области; язык и подъязычные валики увеличены; дыхание и глотание затруднено; рот полуоткрыт
- б) острое начало; инфильтрат в области тела языка; язык отечен и увеличен; глотание болезненно; рот полуоткрыт

в) острое начало; ограничение открывания рта; первый нижний моляр разрушен; инфильтрат между языком и телом нижней челюсти; боли при движении языком

016. Наиболее характерен для флегмоны крыловидно-челюстного пространства следующий набор признаков

а) острое начало; разлитой инфильтрат в околоушно-жевательной области; контрактура височно-нижнечелюстного сустава; болезненность при глотании; увеличение подчелюстных лимфатических узлов

б) острое начало; боли при глотании; рот открывается на 3 см; передняя небная дужка смещена медиально; увеличение подчелюстных лимфатических узлов

в) острое начало, высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; передняя небная дужка смещена медиально; боли при глотании

г) острое начало; боли при глотании; высокая температура; гиперемия зева; увеличены и болезненны подчелюстные лимфатические узлы

д) острое начало; высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; боли при жевании

017. Для флегмоны окологлоточного пространства характерен следующий набор признаков

а) острое начало; боли при глотании; высокая температура; гиперемия зева; увеличенные и болезненные подчелюстные лимфатические узлы

б) острое начало; боли при глотании; рот открывается на 3 см; передняя небная дужка смещена медиально, гиперемирована; увеличенные подчелюстные лимфатические узлы

в) заболевание связано с охлаждением, развивается в течение 2-3-х суток; уплотнение и болезненность в подчелюстной области; субфебрильная температура; открывание рта свободное; сухость во рту

г) острое начало, высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; передняя небная дужка смещена медиально; боли при глотании

д) острое начало; движение языком болезненны; разрушен верхний моляр; гиперемия зева; сухость во рту

018. Вам удалось открыть рот на 1.5 см; обнаружили отечную гиперемированную слизистую оболочку в области крыловидно-челюстной складки и передней небной дужки. Детальный осмотр невозможен. Тактика врача в данном случае

а) удалить зуб, выдать больничный лист, назначить противовоспалительное лечение

б) направить больного на госпитализацию

в) провести наркоз, раскрыть под наркозом рот, удалить зуб, сделать разрез над инфильтратом во рту

- г) удалить зуб, назначить согревающий компресс
- д) зуб не удаляется, вводятся антибиотики в переходную складку, сульфаниламиды, нитрофураны и пенициллин 250000 4 раза в день

020. Для острого одонтогенного гайморита характерен следующий набор признаков

а) боль в области кариозно разрушенного зуба; повышение температуры тела; наличие свищевого хода на альвеолярном отростке; гиперемия кожных покровов лица; утолщение стенок верхней челюсти

б) поднадкостничный абсцесс; субфебрильная температура тела; синюшность кожных покровов; боль при приеме пищи; обильное слюновыделение

в) острое начало в виде озноба, разбитости, повышения температуры тела; болезненный при перкуссии периодонтитный зуб; односторонний насморк с выделением слизисто-гнойного содержимого; на рентгенограмме завулирована или затемнена гайморова пазуха; светобоязнь и слезотечение на больной стороне

г) наличие плотного малоболезненного инфильтрата в области щеки; наличие сообщения полости рта с носовой полостью; парестезия по ходу II ветви тройничного нерва; ограничение открывания рта; изменение количества гнойных выделений из носового хода при различных положениях головы

д) наличие в анамнезе данных за острый воспалительный процесс в гайморовой пазухе; наличие гноя у переднего конца средней носовой раковины при риноскопии; припухлость околочелюстных мягких тканей; субфебрильная температура тела; двустороннее затемнение пазух при диафоноскопии и рентгенографии

021. Для установления диагноза "острый одонтогенный гайморит" обязательными являются следующие исследования

- а) анализ крови на СОЭ и лейкоцитоз
- б) диафоноскопия
- в) рентгенография
- г) электродонтодиагностика зубов
- д) эндоназальные исследования
- е) правильные ответы в), г), д)

022. Для острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти характерно

а) гиперемия кожных покровов в области проекции тела нижней челюсти

б) ограничение открывания рта

в) повышение температуры тела

г) локальная боль в области кариозно разрушенного зуба

д) снижение слуха

023. Для установления диагноза "острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти" обязательны следующие исследования

- а) анализ крови на СОЭ и лейкоцитоз
- б) анализ мочи
- в) определение С-реактивного белка
- г) ЭОД
- д) измерение температуры тела
- е) верно а), г), д)

024. Наиболее характерен для хронического одонтогенного остеомиелита верхней челюсти следующий набор признаков

а) гиперемия кожных покровов; отек мягких тканей подглазничной области и век; воспалительная контрактура; резкая боль при пальпации альвеолярного отростка; повышение температуры

б) припухлость мягких тканей подглазничной области; ощущение тяжести в области верхней челюсти на стороне поражения; постоянная тупая боль в зубах на стороне поражения; головная боль, быстрая утомляемость; затемнение верхнечелюстного синуса по данным рентгенографии

в) припухлость мягких тканей подглазничной и щечной областей; утолщение альвеолярного отростка верхней челюсти; наличие свищевого хода; изменение чувствительности зубов на стороне поражения по данным ЭОД; субфебрильная температура

г) инфильтрат подглазничной области; повышение температуры; резкая боль при приеме пищи; наличие кариозно разрушенных зубов; сглаженность и гиперемия переходной складки

д) приступообразная боль в области альвеолярного отростка верхней челюсти; слезотечение, выделение из носа и сосудистая реакция кожных покровов на стороне поражения в момент приступа боли; болезненность при пальпации точек Валле на стороне поражения; изменение тактильной и болевой чувствительности подглазничной области на стороне поражения; затрудненный прием пищи

025. Для гематогенного остеомиелита характерно

а) постоянное нарастание температуры; умеренная СОЭ; язвенно-некротические налеты на слизистой полости рта; лимфаденит; резкая болезненность слизистой полости рта

б) субфебрильная температура; резкая гиперемия лица; пальпация кожных покровов лица болезненна; лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов; кожные покровы лица в складку не собираются

в) в анамнезе перенесенный в тяжелой форме грипп; высокая температуры; СОЭ - 30 мм.рт.ст.; резкая слабость; боли рвущего характера в одной из половин верхней челюсти;

г) высокая температура; резкая слабость; отек и гиперемия переходной складки верхней челюсти; зубы верхней челюсти интактные; СОЭ - 30 мм.рт.ст.;

д) высокая температуры; СОЭ - 30 мм.рт.ст.; резкая слабость; головные боли постоянного характера с тенденцией к нарастанию; положительный симптом Кернига

026. Для остеомиелита костей носа характерно

а) отек корня носа, нижних век, с распространением отека на верхнее веко; резкая болезненность при пальпации; обильная ринорея; отсутствие носового дыхания; гнойное отделяемое из носа

б) сукровичное отделяемое из носа; дыхание через одну половину носа; боли при пальпации носа; резкие головные боли; гиперемия и отек корня лба и корня носа

в) резкий подъем температуры; затрудненное дыхание носом; в анамнезе фурункулы кожи корня носа; резкая болезненность при пальпации; сукровичное отделяемое из носовых ходов

г) высокая температура; дышит только через рот; отек мягких тканей в области корня носа и век; в анамнезе травма носа; серозное отделяемое из носовых ходов

д) температура субфебрильная; боли локализуются в области кожи лба и корня носа; дыхание только через одну половину носа; гноетечение из одного носового хода; отек мягких тканей корня носа

027. Наиболее характерен для рожистого воспаления лица следующий набор признаков

а) вялое начало (появление красноты на коже лица); субфебрильная температура; повышенная потливость; резкая слабость; адинамия

б) острое начало, высокая температура тела (до 39<sup>°C</sup>); однократная рвота; появление характерной красноты на коже лица в виде "бабочки"; быстрое распространение красноты на кожу лица; резкая очерченность участков красноты на лице в виде языков пламени

в) острое начало, температура; незначительное покраснение кожи лица; инфильтрация и отек кожи лица и клетчатки; болезненность при пальпации в центре; флюктуация

028. Чаще всего актиномикоз развивается

а) в области конечностей

б) в паренхиматозных органах

в) в челюстно-лицевой области и шее

г) в брюшной области

д) в тканях головного мозга

029. Путь распространения лучистого грибка в организме человека при актиномикозе

а) контактный

б) лимфогенный

в) гематогенный

г) все вышеперечисленные

030. Для гистологической картины актиномикоза характерны

- а) эпителиальные клетки
- б) цилиндрический эпителий
- в) ксантомные клетки
- г) многослойный плоский эпителий
- д) лимфоциты и моноциты

031. Для постановки диагноза актиномикоз необходимо провести

- а) общий анализ крови
- б) анализ мочи
- в) кожно-аллергическая реакция
- г) серологическая реакция
- д) все вышеперечисленные исследования можно использовать для диагностики актиномикоза

032. Наиболее характерен для туберкулезного поражения следующий набор признаков

а) вялое начало заболевания; отсутствие болевого синдрома; хронический лимфаденит; лимфатические узлы спаяны в пакеты; наличие свища со скудным зеленоватым отделяемым с творожистым комочками

б) острое начало заболевания; в полости рта гангренозный зуб; накануне зуб болел; в подчелюстной области пальпируется плотный болезненный инфильтрат; температура 38.5°C

в) медленное развитие воспалительного процесса; отсутствие причинного зуба; кожа плотно спаяна с инфильтратом в околоушно-жевательной области; хронический лимфаденит; в центре инфильтрата пальпируется размягчение

г) медленное развитие воспалительного процесса; в полости рта гангренозный зуб; лимфаденит поднижнечелюстных лимфатических узлов; из свищевого хода выбухает грануляционная ткань, свищ ведет в ткань щеки; от причинного зуба к инфильтрату тянется плотный тяж под слизистой оболочкой переходной складки

д) над слизистой оболочке щеки имеются небольшие инфильтраты и бугорки; в двух местах на слизистой щеки имеются болезненные афты с подрытыми краями и желтоватым дном; процесс развивается медленно; лимфаденит и лимфангоит в подчелюстной области; температура субфебрильная

033. Наименее характерным признаком для туберкулезного поражения альвеолярного отростка нижней челюсти является

- а) медленное развитие заболевания
- б) хронический лимфаденит подчелюстной области
- в) болезненная пальпация подчелюстных узлов
- г) субфебрильная температура



д) рентгенологически определяется лишенный структуры участок кости с четкими границами, корни зубов раздвинуты

034. Для постановки диагноза туберкулез необходимо провести

- а) клинический анализ мочи
- б) исследовать под микроскопом нативный препарат
- в) микроскопирование биопсийного материала
- г) туберкулиновая проба
- д) клинический анализ крови

035. Типичный путь попадания бледной спирохеты в организм человека -

- а) через гангренозный зуб
- б) через одонтогенный очаг воспаления
- в) через ссадины или царапины на коже или слизистой оболочке
- г) через патологический зубо-десневой карман
- д) через неповрежденную слизистую оболочку

036. Время появления твердого шанкра от момента внедрения бледной спирохеты

- а) 1 неделя
- б) 2-4 недели
- в) 5-6 недель
- г) 7-8 недель

037. Больные, пораженные сифилисом, наиболее заразны

- а) при первичном сифилисе
- б) при вторичном сифилисе
- в) при третичном сифилисе

038. Наиболее важным признаком при диагностике твердого шанкра в первичном периоде является

- а) наличие безболезненного инфильтрата
- б) инфильтрат возвышается над окружающими тканями
- в) увеличение и уплотнение регионарных лимфатических узлов (склероденит) эластично-плотных, безболезненных

039. Для постановки диагноза "сифилис" необходимо сделать

- а) анализ крови
- б) общий анализ мочи
- в) анализ крови на реакцию Вассермана
- г) анализ крови на свертывающую систему
- д) СОЭ

040. Для сифилитической язвы или эрозии в полости рта характерно

а) эрозивное поражение на слизистой нижней губы; основание инфильтрата не очень плотное; отмечается некоторое увеличение лимфатических узлов; некоторое уплотнение лимфатических узлов

б) наличие эрозивно-язвенной поверхности на слизистой нижней губы; в анамнезе слизистой нижней губы острая форма воспаления в области травмы; слизистая травмирована острым краем отколовшегося зуба; нет склероденита

в) наличие плотного инфильтрата на нижней губе; имеется язвенная поверхность размером 0.51 см; язва как бы приподнята над окружающими тканями; нет болезненности; подчелюстные лимфатические узлы увеличены, уплотнены, безболезненны

г) язва поражает ткани губы на значительную глубину; появилась на губе около 6 месяцев назад; дно язвы покрыто некротической массой; пальпация нижней губы безболезненна; в подчелюстной области лимфатические узлы одиночные, плотные, с окружающими тканями спаяны

д) язва поражает ткани губы в подслизистом и мышечном слое; на дне определяется плотный некротический стержень беловато-грязного цвета; края язвы поднимаются в виде плотного валика синюшно-красного цвета, гладкие, не подрытые; не смотря на значительные разрушения, болей нет; лимфатические узлы подчелюстной области не увеличены

041. Для послеоперационного и постинфекционного сиалоаденита характерно

а) заболевание развивается медленно; субфебрильная температура; уплотнение и болезненность в области околоушной слюнной железы; сухость во рту; болезненность по ходу выводного протока околоушной слюнной железы

б) быстрое начало; болезненное глотание; контрактура нижней челюсти; высокая температура; инфильтрат за углом нижней челюсти

в) небольшая давность заболевания; припухание слюнной железы; боли во время еды; высокая температура; гнойное отделяемое от протока

г) острое начало; высокая температура; глотание слегка болезненно; воспалительная контрактура ; разрушенный нижний второй моляр

042. При послеоперационном и постинфекционном сиалоадените показано следующее лечение

а) диета, повышающая саливацию

б) комплекс мероприятий

в) антибиотики

г) компресс

д) верно а), б), в)

043. Признаками, характерными для острого вирусного сиалоаденита, являются

а) асимметрия лица за счет припухлости в области околоушных желез, нижнечелюстных слюнных желез

- б) сухость во рту
- в) высокая температура
- г) открывание рта свободное
- д) верно а), б), в)

044. При диагнозе острого вирусного сиаалоаденита тактика врача

- а) уход за больным и постельный режим
- б) диета (кислое питье, сухари)
- в) тепловые процедуры (компресс, мазовые повязки, ФТП)
- г) применение интерферона
- д) антибиотики
- е) все вышеперечисленное

045. Для слюннокаменной болезни характерен следующий набор признаков

- а) острое начало; болезненное глотание; высокая температура; контрактура нижней челюсти; инфильтрат в подчелюстной области
- б) острое начало; сухость во рту, разрушенный нижний второй моляр; сглаженность и гиперемия переходной складки; боль при жевании
- в) острое начало; движения языком болезненны; сухость во рту, гиперемия зева; ограниченное открывание рта
- г) заболевание развивается медленно в течение 5-7 дней; субфебрильная температура; припухлость и болезненность в подчелюстной области; сухость во рту; болезненность по ходу вартанов протока
- д) высокая температура; глотание болезненное; ограничение открывания рта; разрушенный нижний третий моляр

046. К расширению выводного протока слюнных железы могут привести

- а) профессиональные вредности
- б) сдавливание протока патологическим процессом
- в) обтурация протока слущившимся эпителием при воспалении
- г) врожденное расширение протока
- д) этиология неизвестна

Тема: 2-8. Заболевания и повреждения височно-нижнечелюстного сустава

001. Слабое место в капсуле височно-нижнечелюстного сустава

- а) в задней стенке
- б) в наружной стенке
- в) в передней стенке

002. К привычному вывиху предрасполагает следующая деформация челюстей

- а) нижняя прогнатия

- б) открытый прикус
- в) нижняя ретрогения

003. Возможны ли движения нижней челюсти при одностороннем вывихе?

- а) нет
- б) только вниз
- в) только вперед

004. При вправлении вывиха височно-нижнечелюстного сустава ведущим видом местной анестезии является

- а) инфильтрационная анестезия области сустава
- б) блокада жевательной мышцы
- в) анестезия у круглого отверстия

005. Тактика врача после вправлении вывиха, произошедшего впервые

- а) рекомендовать щадящую диету
- б) межчелюстное шинирование с прокладкой на моляры
- в) кратковременная лигатурная фиксация
- г) подбородочная праща
- д) верно а) и г)

006. При остром артрите предпочтительным видом физиотерапии является

- а) электрофорез с вирапином
- б) кварц
- в) УВЧ

007. При остром артрите наблюдаются следующие рентгенологические изменения

- а) суставная щель сужена
- б) возможно неравномерное расширение
- в) суставная щель определяется
- г) не определяется

008. К хроническому артриту чаще приводит

- а) бруксизм
- б) переломы нижней челюсти в области угла
- в) двусторонняя частичная адентия

010. Для ревматического артрита характерны следующие симптомы

- а) постоянные боли
- б) длительная тугоподвижность в суставе
- в) периодическое ограничение подвижности сустава, сопровождающееся болями

011. Наиболее характерными симптомами ревматоидного артрита являются

- а) нарастающая тугоподвижность в суставе
- б) постоянно иррадирующие боли
- в) привычный вывих

012. Для деформирующего артроза характерен следующий рентгенологический признак

- а) расширение суставной щели
- б) изменение контуров сочленяющих поверхностей за счет неравномерного разрастания костной ткани
- в) сужение суставной щели

013. Для уточнения диагноза "острого ревматического артрита" необходимы следующие исследования

- а) общий анализ крови
- б) сиаловая проба
- в) дифениламиновая проба
- г) на содержание амилазы
- д) остаточный азот
- е) верно ответы б) и в)

014. При травматическом артрите нижнечелюстную фиксацию накладывают

- а) на 2-3 дня
- б) на 5-7 дней
- в) на 9-14 дней

015. Больной 40 лет, обратился с жалобами на резкие боли в области правого височно-нижнечелюстного сустава при открывании рта, приеме пищи, разговоре, которые появились 2 дня назад. Накануне перенес грипп в тяжелой форме. Местно: область правого височно-нижнечелюстного сустава отечна, кожа несколько гиперемирована, слуховой проход сужен. Пальпация, перкуссия этой области безболезненна, рот открывается на 1.5 см. Боль отдает в висок и затылок, температура тела 37.5<sup>0</sup>С. Укажите диагноз

- а) абсцесс в области наружного слухового прохода
- б) правосторонний паротит
- в) флегмона щечной области справа
- г) воспаление височно-нижнечелюстного сустава
- д) периостит верхней челюсти справа

016. Тактикой лечения при артрите височно-нижнечелюстного сустава является

- а) направить на операцию
- б) назначить УВЧ-терапию

- в) наложить подбородочную пращу
- г) рекомендовать динамическое лечение
- д) верно в) и г)

017. Для одностороннего вывиха височно-нижнечелюстного сустава характерны следующие набор признаков

- а) болезненность в области сустава; смещение челюсти в здоровую сторону; невозможность закрыть рот; смещение подбородка вперед и в сторону; жевание невозможно
- б) болезненность в области сустава; смещение челюсти в больную сторону; нарушение прикуса; отсутствие движения суставной головки при пальпаторном обследовании; жевание затруднено
- в) болезненность в области сустава; болезненность усиливается при открывании рта; рот открывается ограничено; прикус не нарушен; припухлость в области сустава
- г) болезненность медленно нарастала; рот открывается ограничено; область сустава припухлая; при открывании рта челюсть смещается в больную сторону; трудно открывать рот из-за боли по утрам

Тема: 2-9. Хирургическое лечение заболеваний пародонта

001. К дистрофическим процессам относится

- а) пародонтит
- б) пародонтоз
- в) гипертрофический гангивит
- г) десмонтоз
- д) пародонтома

002. Показаниями к проведению остеогингивопластики являются

- а) кариес
- б) гингивит
- в) хронический периодонтит
- г) тяжелая и средняя форма пародонтита
- д) гипертрофический гингивит

003. Наиболее часто применяемыми способами физиотерапевтического лечения при заболеваниях пародонта являются

- а) УФО
- б) лазер
- в) массаж
- г) д'арсанвализация
- д) верно в) и г)

004. К лоскутным операциям на пародонте относятся следующие методы

- а) кюретаж
- б) гингивотомия
- в) операция по Мюллеру
- г) операция по Губману
- д) операция по Киселеву

Тема: 2-10. Нейрогенные заболевания лица и челюстей

001. Прозопалгия - это

- а) другое название невралгии
- б) боли, обусловленные поражением вегетативной системы
- в) собирательное понятие

002. Точки Валле -

- а) участки кожи с повышенной чувствительностью
- б) место выхода нерва на поверхность лицевых костей
- в) место, соответствующее расположению вегетативных узлов

003. Боли при невралгии

- а) краткие с иррадиацией, сопровождающиеся вегетативными расстройствами
- б) длительные, мучительные, вызывающие тошноту
- в) постоянные, ноющие, сопровождающиеся парестезиями

004. Синдром Вайзенберга -

- а) поражение крылонебного узла
- б) невралгия носоресничного нерва
- в) невралгия языкоглоточного нерва

005. Синдром Слудера -

- а) невралгия подчелюстного узла
- б) невралгия крылонебного узла
- в) невралгия ушного узла

006. Глоссодиния -

- а) устаревшее название глоссоалгии
- б) собирательное понятие болей языка
- в) самостоятельное заболевание

007. Гипергейзия -

- а) клиническое подергивание мускулатуры
- б) повышенная кожная чувствительность
- в) извращение вкусовых ощущений

008. Гиперкинезы возникают

- а) перед и во время приступа
- б) тотчас после приступа

в) в промежутки между приступами

009. Для периартеритов характерно следующее

- а) спазм сосудов на фоне гипертонической болезни
- б) деструктивные изменения стенки сосудов
- в) спазм сосудов на фоне гипотонии

010. Для диагностики невралгии языкоглоточного нерва необходимо применять

- а) сделать мандибулярную анестезию
- б) блокаду подчелюстного узла
- в) смазать глотку дикаином

011. Наиболее целесообразной физиотерапией при длительно существующей форме невралгии является

- а) микроволны
- б) ионофорез с новокаином
- в) ультразвук

012. Эндоназальный ионофорез наиболее эффективен

- а) при невралгии носоресничного узла
- б) при невралгии крылонебного узла
- в) при невралгии II ветви V нерва

013. Пальпация верхне-бокового отдела стенки глотки болезненна

- а) при невралгии языкоглоточного нерва
- б) при синдроме крылонебного узла
- в) при мегастелоиде

014. Начинать лечение невралгии следует

- а) с назначения седативных препаратов
- б) с диагностических блокад
- в) с физиотерапевтических процедур

015. Предпочтительным методом при безуспешности консервативного лечения невралгии является

- а) алкоголизация
- б) гидротермодеструкция
- в) введение пчелиного яда без новокаина

016. Какой препарат вводят к нарастающей дозе для лечения невралгии?

- а) гидрокортизон
- б) финлепсин
- в) випраксин

017. Для лечения невралгии более эффективны



- а) анальгетики
- б) нейроплегические - аминазин, трифтазин
- в) противосудорожные – карбамазепин

Тема: 2-11. Травма челюстно-лицевой области

001. В смещении костных фрагментов при переломе альвеолярного отростка нижней челюсти имеет значение

- а) воздействие травмирующей силы
- б) тяга жевательных мышц
- в) собственная масса отломков

002. Тактика врача при неполном вывихе зуба

- а) удаление зуба
- б) экстирпация пульпы с последующим пломбированием каналов
- в) динамическое наблюдение, электроодонтодиагностика?

003. Тактика врача в отношении зубов фронтальной группы нижней челюсти, находящихся в области перелома

- а) удаление зубов
- б) немедленное пломбирование каналов
- в) пломбирование каналов после консолидации отломков

004. Тактика врача в отношении 88 зубов, находящихся в области перелома на малом фрагменте нижней челюсти

- а) удаление зуба
- б) сохранение зубов с последующим удалением после консолидации отломков
- в) сохранение зубов

005. Тактика врача в отношении непрорезавшихся 88 зубов, лежащих в щели перелома при отсутствии смещения отломков

- а) удаление зубов после консолидации отломков
- б) сохранение зубов, если имеются условия для его прорезывания
- в) консервативное лечение зубов

006. Тактика врача в отношении 88 зубов с хроническим периапикальным процессом, если они находятся в щели перелома

- а) сохранить зубы, а затем удалить их на 15 суток
- б) удаление зубов с тампонадой лунки йодоформной турундой
- в) сохранение зубов с пломбированием каналов после консолидации отломков
- г) удаление зубов с ушиванием лунки

007. Клиническими признаками переломов венечного отростка нижней челюсти являются

- а) ограничение открывания рта
- б) нарушение прикуса
- в) при еде отмечается смещение нижней челюсти в сторону повреждения
- г) пальпация в области венечного отростка резко болезненная
- д) верно а) и г)

008. Если удар приходится в подбородок, то чаще всего происходит перелом в области

- а) основания мыщелкового отростка
- б) шейки мыщелкового отростка
- в) суставной головки
- г) у основания венечного отростка
- д) угла нижней челюсти

009. Наиболее эффективным путем введения антибиотиков при переломах нижней челюсти является

- а) в щель перелома
- б) внутримышечно
- в) в область перелома

010. Кости основания черепа повреждаются при переломе верхней челюсти по типу

- а) Ле Фор I
- б) Ле Фор II
- в) Ле Фор III

011. Дно гайморовой пазухи повреждается при переломе верхней челюсти по типу

- а) Ле Фор I
- б) Ле Фор II
- в) Ле Фор III

012. "Симптом очков" при переломах верхней челюсти возникает

- а) сразу же после травмы
- б) через 24-48 час после травмы
- в) через несколько часов после травмы

013. Вправление скуловой кости при ее переломах производится

- а) крючком Лимберга
- б) лопаточкой Буяльского
- в) элеватором Карапетяна
- г) всем вышеперечисленным

014. Характерные признаки перелома скуловой кости со смещением костных отломков

- а) ограничение открывания рта
- б) нарушение прикуса
- в) кровотечение из носа
- г) асимметрия лица
- д) диплопия
- е) верно в), г) и д)

015. Характерные признаки перелома скуловой дуги со смещением отломков

- а) нарушение прикуса
- б) западение в верхних отделах околоушно-жевательной области
- в) нарушение зрения
- г) отсутствие одностороннего бокового смещения нижней челюсти
- д) верно б) и г)

017. При вправлении носовых костей осуществляется следующая методика фиксации

- а) наложение коллоидной повязки
- б) наложение коллоидной повязки и тампонада всех носовых ходов
- в) тампонада носовых ходов
- г) наложение коллоидной повязки и тампонада верхнего носового хода

018. Для вывиха зуба наиболее характерен следующий набор признаков

- а) наличие в анамнезе травмы челюсти; боль в зубе; изменение положения зуба в зубной дуге; разрыв десны;

ЭОД - 100 ма

- б) наличие в анамнезе травмы челюсти; повышение температуры тела; разрыв десны; ограничение

открывания рта; подвижность зуба

- в) наличие в анамнезе травмы челюсти; боль в зубе от температурных раздражений; изменение формы коронки; ограничение открывания рта; ЭОД - 5 ма

019. Правильно ли, что при вывихе зуба его надо удалять?

- а) да
- б) нет

020. Больному с вывихом зуба нужно провести

- а) двучелюстное шинирование
- б) одночелюстное шинирование
- в) иммобилизацию по Айви

- г) иммобилизацию по Баронову
- д) иммобилизацию по Фригофу

021. Больному с вывихом зуба нужно провести следующие исследования

- а) ЭОД
- б) рентгенографию челюсти
- в) рентгенографию зуба
- г) остеометрию
- д) верно а) и в)

022. У больной 20 лет неполный вывих 1. Тактика врача

- а) удаление 1
- б) рентгенография 1, фиксация гладкой скобой, пломбирование канала через 2-3 нед
- в) рентгенография 1, вправление и фиксация его гладкой шиной скобой, пломбирование канала

023. Перелом корней во время удаления зубов возникает у следующих пар зубов

- а) 31
- б) 52
- в) 48
- г) 67
- д) 82

024. Правильно ли, что при переломе корня зуба в области нижней трети его можно оставить в челюсти, не пытаясь удалить?

- а) да
- б) нет

025. Для удаления сломанного корня 4 необходимо воспользоваться

- а) долотом, молотком, элеватором
- б) бормашиной и элеватором

026. Для соустья полости рта с гайморовой пазухой наиболее характерен следующий набор признаков

- а) боль при жевании; ограничение открывания рта; высокая температура тела; отек щечной области; кровотечение из лунки удаленного 7
- б) носовое кровотечение; отек подглазничной области; обильное кровотечение из лунки удаленного зуба верхней челюсти; попадание жидкости в полость носа при полоскании рта; прохождение воздуха при надувании щек и закрытой полости носа

в) повышение температуры тела; проникновение зонда более 2 см при зондировании лунки удаленного зуба верхней челюсти

027. Характерными признаками контактного отморожения являются

- а) пузыри с геморрагическим экссудатом
- б) отрицательная спиртовая проба
- в) синюшность отмороженной области
- г) некроз пораженных тканей
- д) верно б) и г)

Тема: 2-12. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования челюстей

001. Папиллома - это

- а) сосочковая доброкачественная эпителиальная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
- б) сосочковая доброкачественная соединительнотканная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
- в) сосочковая злокачественная эпителиальная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
- г) сосочковая злокачественная соединительнотканная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
- д) новообразование кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки на ножке

002. Различают папилломы

- а) на ножке
- б) на широком основании
- в) с ороговением
- г) без ороговения
- д) грибовидную
- е) конусовидную
- ж) сосочковую

003. Дифференциальную диагностику при установлении диагноза "папиллома" необходимо проводить

- а) с фибромой
- б) с липомой
- в) с атеромой
- г) с гемангиомой
- д) с раком слизистой оболочки

004. "Погружная папиллома" - это

- а) опухоль, которая характеризуется вростанием эпителиальных сосочков вглубь подлежащих тканей

- б) опухоль, которая характеризуется наличием углубления в центре сосочкового возвышения над слизистой оболочкой
- в) сосочковая опухоль с ороговением и изъязвлением

005. Папилломатоз - это

- а) множественное развитие папиллом на определенном участке слизистой оболочки полости рта и кожи
- б) несколько единичных папиллом, локализующихся в различных областях слизистой и кожи
- в) наличие папиллом одновременно на коже, слизистой оболочке полости рта и красной каймы губ
- г) наличие нескольких папиллом в челюстно-лицевой области

006. Папиллома относится

- а) факультативному предраку
- б) облигатному предраку

007. При единичных папилломах и папилломатозах применяется

- а) иссечение в пределах здоровых тканей
- б) криохирургическое
- в) электрохирургическое иссечение
- г) прижигание папиллом
- д) частичное иссечение

008. Радикулярная киста - это

- а) одонтогенная киста, развивающаяся в непосредственной связи с корнями зуба
- б) любой очаг деструкции костной ткани челюсти в пределах зубного ряда
- в) участок костной ткани повышенной плотности, связанной с корнями зубов

009. Оболочка кисты представлена

- а) соединительной тканью
- б) эпителиальной тканью
- в) соединительной и эпителиальной тканью
- г) хрящевой и эпителиальной тканью
- д) соединительной и хрящевой тканью

010. Пунктат радикулярной кисты имеет вид

- а) бурой жидкости
- б) ярко-красной жидкости
- в) жидкости желтого цвета, с блестками холестерина
- г) отсутствие жидкости в пунктате
- д) густой молочно-белой жидкости

011. Основным методом лечения радикулярных кист является

- а) цистотомия
- б) цистэктомия
- в) резекция челюсти в пределах здоровых тканей
- г) лучевая терапия
- д) комбинированное лечение

012. Фолликулярная киста - это

- а) одонтогенная киста, характеризующаяся наличием в просвете кисты рудиментных или коронковых частей зуба
- б) киста челюсти в период смены прикуса
- в) киста челюсти при полной ее адентии
- г) киста челюсти в области резцового канала
- д) киста верхней челюсти, проникающая в верхнечелюстную пазуху

013. Природа образования фолликулярных кист

- а) воспалительная
- б) опухолевая
- в) смешанная
- г) травматическая

014. При фолликулярных кистах используется

- а) оперативное лечение
- б) лучевое лечение
- в) комбинированное лечение
- г) медикаментозное лечение

015. Фиброма - это

- а) опухоль слизистой полости рта на ножке
- б) опухоль, состоящая из зрелой волокнистой соединительной ткани
- в) опухоль, состоящая из жировой ткани
- г) опухоль слизистой полости рта на широком основании
- д) опухоль, представленная разрастанием сосудистой ткани

016. Различают

- а) плотную фиброму
- б) мягкую фиброму
- в) смешанную фиброму
- г) твердую фиброму
- д) слизистую фиброму

017. Фиброма, в основном веществе которой произошло слизистое перерождение, называется

- а) кистофибромой

- б) фибромиксомой
- в) ангиофибромой
- г) фиброгранулемой

018. Фиброматоз десен - это

- а) диффузное разрастание грубоволокнистой соединительной ткани десны
- б) мягкотканное образование, связанное с альвеолярным краем челюсти при помощи ножки
- в) врожденные опухоли, состоящие из лимфатических сосудов
- г) опухоль, состоящая из кровеносных сосудов
- д) фиброма, расположенная на альвеолярном отростке нижней челюсти
- е) увеличение межзубных сосочков в период беременности у женщин

019. Фибромы, расположенные одновременно с двух сторон в области небной поверхности десен на уровне третьих больших коренных зубов, называются

- а) фиброматоз десен
- б) двойные фибромы
- в) симметричные фибромы
- г) эпulis
- д) дублирующие фибромы

020. Фиброматоз десен относится

- а) доброкачественной опухоли
- б) злокачественной опухоли

021. При фиброме полости рта используется

- а) хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей
- б) прижигание разрастаний
- в) электрохирургическое иссечение
- г) криодеструкция
- д) лучевая терапия

022. При фиброматозе десен используется

- а) хирургическое лечение
- б) лучевая терапия
- в) комбинированное лечение

023. Липомы - это

- а) опухоль, состоящая из жировой ткани
- б) опухоль, состоящая из мышечной ткани
- в) опухоль, состоящая из кровеносных сосудов
- г) опухоль, состоящая из элементов кожи



д) опухоль, состоящая из хрящевой ткани

024. Липома может встретиться

- а) на щеке
- б) в области языка
- в) в области неба
- г) на деснах

025. Может ли располагаться липома под слизистой оболочкой полости рта?

- а) да
- б) нет

026. Дифференциальную диагностику при постановке диагноза "липома дна полости рта" необходимо проводить

- а) с папилломой
- б) с радикулярной кистой
- в) с фибромиксомой
- г) с ангиофибромой
- д) с кератоакантомой

Тема: 2-13. Предраки челюстно-лицевой области

001. К облигатным предракам относятся

- а) лейкоплакия
- б) папиллома
- в) хейлит Манганотти
- г) кожный рог
- д) лучевой стоматит

002. К факультативным предракам относятся

- а) лейкоплакия
- б) бородавчатый предрак
- в) хейлит Манганотти
- г) кожный рог
- д) ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ

003. Клиническая картина хейлита Манганотти

- а) 2-3-х эрозии на красной кайме губ, кровоточивость и их эпителизация, боли, слабо выраженный воспалительный инфильтрат
- б) болезненный узел с бугристой поверхностью, сильная боль, воспалительный инфильтрат
- в) пятно застойно красного цвета на слизистой оболочке, бархатистая поверхность, 1-2 западающих очагов поражения, длительное течение, безболезненно
- г) бессимптомно

д) сосочковое разрастание с большим количеством сосудов, напоминает цветную капусту, на тонкой ножке, мягкой консистенции

004. Картина лучевого стоматита

а) пятно застойно красного цвета на слизистой оболочке, бархатистая поверхность, 1-2 очага с западением тканей, длительное течение, безболезненно

б) 2-3 эрозии на красной кайме губ, кровоточивость выраженная боль, воспалительный инфильтрат

в) бессимптомно

г) сухость во рту, жжение языка, гиперемия слизистой и ее отечность, складки и мутность слизистой оболочки, очаговый пленчатый радиомукозит

д) болезненный узел с бугристой поверхностью, сильные боли, воспалительный инфильтрат, гиперемия слизистой и ее ороговение

005. Видом лечения предраковых заболеваний является

а) физиолечение

б) хирургическое (иссечение в пределах здоровой ткани)

в) комбинированное (хирургическое + облучение)

г) лучевая терапия

д) магнитотерапия

006. Наиболее часто озлокачивается

а) лейкоплакия

б) хейлит Манганотти

в) хронические трещины губ

г) ограниченный предраковый гиперкератоз

д) болезнь Боуэна

Тема: 3-1. Организация стоматологической помощи детям

001. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ=1.0 у детей 12 лет?

а) очень низкой

б) низкой

в) умеренной

г) высокой

д) очень высокой

002. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ=3.0 у детей 12 лет?

а) очень низкой

б) низкой

в) умеренной

г) высокой

д) очень высокой

003. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ=7.0 у детей 12 лет?

- а) очень низкой
- б) низкой
- в) умеренной
- г) высокой
- д) очень высокой

004. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития, осложнений и сочетающийся с кариесом

- а) диспансерный осмотр 1 раз в год
- б) диспансерный осмотр 2 раза в год
- в) диспансерный осмотр 3 раза в год
- г) диспансерный осмотр по показаниям
- д) диспансерные осмотры с учетом формы активности кариеса

005. Укажите модель диспансерного наблюдения для школьника, имеющего III степень активности кариеса

- а) диспансерный осмотр 1 раз в год
- б) диспансерный осмотр 2 раза в год
- в) диспансерный осмотр 3 раза в год
- г) диспансерный осмотр по показаниям
- д) диспансерный осмотр 3 раза в год, через каждые 3-4 месяца

Тема: 3-2. Стоматология детского возраста - теоретические основы

001. Зубы [1!1]/[1!1] прорезываются

- а) на 4-5 месяце жизни ребенка
- б) на 5-6 месяце жизни ребенка
- в) на 6-8 месяце жизни ребенка
- г) на 9-10 месяце жизни ребенка
- д) на 11-12 месяце жизни ребенка

002. Формирование корней [1!1]/[1!1] зубов заканчивается

- а) в возрасте ребенка 1.5 года
- б) в возрасте ребенка 2-2.5 года
- в) в возрасте ребенка 3 года
- г) в возрасте ребенка 4 года
- д) в возрасте ребенка 5 лет

003. Закладка зубной пластинки происходит в период внутриутробного развития плода

- а) в 6-7 недель
- б) в 8-9 недель

- в) в 10-16 недель
- г) в 17-20 недель
- д) в 21-30 недель

004. Минерализация молочных зубов начинается в период внутриутробного развития плода

- а) в 7-9 недель
- б) в 10-15 недель
- в) в 16-18 недель
- г) в 19-30 недель
- д) в 31-40 недель

005. Из эпителия образуются ткани

- а) эмаль
- б) дентин
- в) пульпа
- г) цемент
- д) периодонт

006. Физиологическим типом резорбции корней молочных зубов является

- а) I - равномерная резорбция всех корней
- б) II - резорбция с преобладанием процесса в области одного корня
- в) III - резорбция с преобладанием процесса в области бифуркации корней
- г) резорбция корней в результате хронического воспаления тканей периодонта
- д) I, II, III типы резорбции корней

007. Зубы [1!1]/[1!1] прорезываются

- а) в возрасте ребенка 5-6 лет
- б) в возрасте ребенка 6-7 лет
- в) в возрасте ребенка 6-8 лет
- г) в возрасте ребенка 8 лет
- д) в возрасте ребенка 9 лет

008. Зубы [6!6]/[6!6] прорезываются

- а) в возрасте ребенка 5-7 лет
- б) в возрасте ребенка 7-9 лет
- в) в возрасте ребенка 7-11 лет

009. Формирование корней [1!1]/[1!1] зубов заканчивается

- а) в возрасте 8-9 лет
- б) в возрасте 9-10 лет
- в) в возрасте 10-12 лет

- г) в возрасте 10-13 лет
- д) в возрасте 11-12 лет

010. Формирование корней [6!6]/[6!6] зубов заканчивается

- а) в возрасте ребенка 9-10 лет
- б) в возрасте ребенка 10-11 лет
- в) в возрасте ребенка 12 лет
- г) в возрасте ребенка 13 лет
- д) в возрасте ребенка 14 лет

011. При удалении временного з

уба в стадии значительной резорбции корней дает достаточную анестезию

- а) проводниковое обезболивание
- б) аппликационное обезболивание
- в) ингаляционный наркоз
- г) инфильтрационное обезболивание
- д) внутрикостное обезболивание

012. Раствор адреналина в обезболивающий раствор детям до 3 лет

- а) не добавляют
- б) добавляют 2 капли раствора адреналина на 5 мл обезболивающего раствора
- в) добавляют 2 капли раствора адреналина на 10 мл обезболивающего раствора
- г) добавляют 1 каплю раствора адреналина на 5 мл раствора анестетика
- д) добавляют 1 каплю р-ра адреналина на 10 мл анестетика

013. Временные зубы у детей имеют

- а) большую пульповую камеру, широкие каналы
- б) большую пульповую камеру, узкие каналы
- в) маленькую пульповую камеру, широкие каналы и большое верхушечное отверстие
- г) пульповая камера не сформирована
- д) маленькая пульповая камера, узкие каналы и узкое верхушечное отверстие

014. Несформированный корень зуба на рентгенограмме проецируется

- а) обычной длины
- б) длина корня меньше удвоенной высоты коронки зуба
- в) канал корня обычной ширины
- г) канал корня широкий, заканчивается "раструбом" (расширением просвета канала)
- д) верхушка корня заостренная, апикальное отверстие узкое

Тема: 3-3. Методы обследования в детской стоматологии

001. Ребенка от сосания соски-пустышки надо отучить

- а) в 9-12 мес
- б) в 1.0-1.5 года
- в) в 1.5-2.0 года
- г) в 6-9 мес
- д) не надо отучать вообще

Тема: 3-4. Профилактика в детской стоматологии

001. Какие рекомендации необходимо дать родителям ребенка 1.5 лет, имеющему пятна и множественные дефекты

твердых тканей на фронтальных зубах, в первую очередь?

- а) обычная гигиена полости рта
- б) гигиена полости рта с кальцийсодержащим раствором
- в) рациональное употребление углеводов
- г) прием фторсодержащих таблеток
- д) гигиена полости рта с фторсодержащей пастой

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

- а) флюороз
- б) мраморная эмаль
- в) гипоплазия системная
- г) очаговая деминерализация
- д) гипоплазия местная (очаговая)

003. Наиболее прочно герметизирует фиссуры

- а) амальгама
- б) стеклоиономерный цемент
- в) композиционный материал
- г) фтористый фосфат-цемент
- д) твердеющий лак

004. Укажите наиболее простую и эффективную методику подготовки зубов к аппликационной терапии

а) гигиеническая обработка зубов специальным абразивным порошком

б) обработка зубов 2% раствором перекиси водорода  
в) гигиеническая обработка зубов с помощью зубной щетки и пасты  
г) гигиеническая обработка зубов специальными приспособлениями и инструментами

д) все перечисленные выше

005. Срок службы зубной щетки

- а) 2 месяца

- б) 4 месяца
- в) 6 месяцев
- г) 1 год
- д) определяется индивидуально

006. Показанием к покрытию зубов фторсодержащими лаками в лечебных целях является

- а) флюороз
- б) очаговая деминерализация
- в) очаговая гипоплазия
- г) передний кариес
- д) несовершенный амелогенез

007. Покрыть зубы фторсодержащими лаками в лечебных целях нужно

- а) ежедневно в течение 12-15 дней
- б) один раз в месяц
- в) один раз в год
- г) определяется индивидуально
- д) три-четыре сеанса с недельным интервалом

008. Покрытие зубов фторсодержащими лаками в целях первичной профилактики показано

- а) временные зубы в 5-6 лет
- б) временные и постоянные зубы на 1-3 году после прорезывания
- в) постоянные зубы в 12-15 лет
- г) все зубы, имеющиеся во рту при сменном прикусе
- д) определяется индивидуально

009. Какие средства гигиены вы назначите младшему школьнику с интактными зубами, живущему в местности с оптимальным содержанием фтора в питьевой воде?

- а) лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую фтор
- б) гигиенический зубной порошок
- в) гигиеническую зубную пасту
- г) лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую фосфорно-кальциевые соли
- д) лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую экстракт лечебных трав

010. Оптимальная концентрация фтора в питьевой воде (в умеренных широтах) по гостстандарту

- а) 0.3-0.8 мг/л
- б) 0.5-0.9 мг/л
- в) 1.0-1.2 мг/л
- г) 2.0-3.0 мг/л
- д) свыше 6.0 мг/л

Тема: 3-5. Кариес у детей

001. Наиболее рациональным методом лечения начального кариеса является

- а) иссечение патологически измененных тканей с последующим пломбированием
- б) аппликация реминерализующих растворов
- в) электрофорез препаратов кальция и фтора
- г) гигиена полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст
- д) все перечисленное выше

002. Укажите наиболее эффективный и доступный метод диагностики очаговой деминерализации

- а) визуальный метод
- б) метод витальной окраски
- в) метод рентгенологического исследования
- г) метод волоконной оптики
- д) все перечисленные

003. Наиболее эффективной методикой при лечении среднего кариеса у детей с третьей степенью активности является

- а) применение кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки перед устранением дефекта постоянным пломбировочным материалом
- б) применение лечебной прокладки из фосфатцемента, содержащего серебро
- в) применение в первое посещение раствора антибиотиков под временную повязку, а во второе посещение - кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки
- г) отсроченный метод лечения, заключающийся в наложении эвгеноловой пасты, сроком на 1-1.5 мес.
- д) не названа

004. При диагностике кариеса к рентгенологическому исследованию прибегают

- а) для диагностики скрытый кариозных полостей
- б) для определения глубины распространения кариозного процесса
- в) для диагностики вторичного кариеса
- г) для диагностики кариеса у детей с пороками формирования зубов
- д) при всех перечисленных выше ситуациях

005. Наиболее часто в молочных зубах встречается

- а) глубокий кариес
- б) кариес в стадии пятна



- в) средний кариес
- г) поверхностный кариес
- д) все вышеперечисленное

006. С прокладкой из фосфат-цемента в постоянных молярах у детей 6-8 лет можно применять следующие

пломбировочные материалы

- а) акриловые пластмассы
- б) композиционные материалы
- в) гелиоматериалы
- г) амальгама
- д) силицин

007. При лечении кариеса моляров у 2-летнего ребенка следует применять без прокладки пломбировочные

материалы

- а) амальгаму
- б) силидонт
- в) лактодонт
- г) силицин
- д) стомадент

008. Без прокладки для лечения постоянных несформированных резцов можно применять

- а) фосфатные цементы
- б) силидонт
- в) силицин
- г) эвикрол
- д) стомадент

009. Укажите наиболее рациональный пломбировочный материал для лечения среднего кариеса (1 класс, моляр) при 1-й степени активности кариеса

- а) серебряная амальгама
- б) пломба на основе акриловой пластмассы
- в) пломба из галлодента
- г) пломба из композиционного материала
- д) пломба из керментного цемента

010. Герметики-силанты применяются

- а) только с профилактической целью
- б) только с лечебной целью
- в) с лечебно-профилактической целью
- г) с эстетической целью
- д) ни одна из выше перечисленных

011. Основным удерживающим моментом герметиков-силантов в фиссурах зубов является

- а) механическая микроретенция (проникновение материала в протравленную кислотой эмаль)
- б) химическое соединение с твердыми тканями зубов
- в) удержание за счет неровностей и углублений в фиссурах
- г) удержание за счет правильно сформированной полости зуба
- д) ни один из выше перечисленных

012. При лечении глубокого кариеса применяются следующие лечебные прокладки

- а) формальдегидсодержащие пасты без резорцина
- б) серебрянная паста Гениса
- в) паста формалин-резорциновая
- г) кальмецин
- д) все вышеперечисленное

013. Материал для лечения глубокого кариеса должен обладать

- а) хорошей пластичностью, быстрым твердением
- б) быть механически прочным, высоко адгезивным
- в) противовоспалительным и одонтотропным действием
- г) не обладать пористостью
- д) не обладать токсичностью

Тема: 3-6. Одонтогенные воспалительные заболевания у детей. Эндодонтия.

001. Укажите наиболее рациональный метод лечения острого воспаления пульпы в постоянных зубах с незаконченным ростом корней и III степенью активности кариеса

- а) биологический метод
- б) метод, предусматривающий удаление всей пульпы
- в) метод прижизненной ампутации
- г) метод девитальной ампутации
- д) не назван

002. Укажите наиболее рациональный и эффективный метод лечения воспаления пульпы временных зубов у детей

в возрасте от 4 до 7 лет

- а) биологический метод
- б) метод девитализации с последующей мумификацией
- в) метод прижизненной ампутации
- г) метод полного удаления пульпы (экстирпация)
- д) не назван

003. Показанием к методу девитальной ампутации являются

- а) все формы пульпита в сформированных молочных резцах
- б) все формы пульпита в сформированных молочных молярах независимо от стадии развития зуба
- в) все формы пульпита в сформированных молочных молярах независимо от стадии развития зуба и в несформированных постоянных молярах
- г) все формы пульпита в сформированных постоянных молярах
- д) все формы пульпита в сформированных молочных молярах

004. Скорее всего подтвердит диагноз пульпита у детей

- а) реакция на температурные раздражители
- б) рентгенологическое исследование
- в) ЭОД
- г) анализ крови
- д) ни один из перечисленных

005. Всегда протекает с сообщением кариозной полости с полостью зуба

- а) острый общий пульпит
- б) хронический фиброзный пульпит
- в) хронический гангренозный пульпит
- г) хронический гипертрофический пульпит
- д) не назван

006. После лечения пульпита у ребенка методом девитальной ампутации с проведением резорцин-формалинового метода в зубе отмечается боль от холодного, горячего, при накусывании на зуб. Боли возникли за счет

- а) грубой механической травмы пульпы при лечении
- б) раздражения пульпы медикаментами
- в) некроза пульпы
- г) хронического воспаления корневой пульпы
- д) распада корневой пульпы

007. Предпочтительным методом лечения при хроническом пульпите в моляре у ребенка 5 лет является

- а) биологический метод
- б) витальная ампутация коронковой пульпы
- в) высокая ампутация
- г) девитальная ампутация
- д) девитальная экстирпация

008. Для хронического гипертрофического пульпита характерно

- а) зондирование безболезненно в полости зуба и в каналах
- б) коронковая пульпа некротизирована, корневая болезненна

- в) разрастание кровотокающей ткани из полости зуба в кариозную полость
- г) определяется сообщение кариозной полости с полостью зуба, зондирование безболезненно
- д) кариозная полость имеет точечное сообщение с полостью зуба, зондирование резко болезненно

009. Наиболее эффективным пломбировочным материалом для корневых каналов при лечении хронических периодонтитов в зубах с незаконченным ростом корней и погибшей ростковой зоной является

- а) эвгеноловая паста
- б) резорцин-формалиновая паста
- в) материал на основе эпоксидной смолы "эндодент"
- г) серебряная паста Гениса
- д) не назван

010. Ведущим при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей является

- а) инструментальная обработка корневых каналов
- б) медикаментозная обработка корневых каналов зубов
- в) применение физиотерапевтических методов лечения
- г) использование при лечении сильнодействующих препаратов для дезинфекции корневых каналов
- д) не названо

011. Резорцин-формалиновая паста состоит из

- а) 40% формалина, резорцина до насыщения
- б) 40% формалина, резорцина и водного дентина
- в) 40% формалина, резорцина и окиси цинка
- г) 40% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка
- д) 40% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина

012. При лечении молочных моляров методом девитальной ампутации во второе посещение

- а) раскрывают полость зуба, удаляют коронковую пульпу и оставляют на 2-3 дня тампон с резорцин-формалиновой смесью
- б) удаляют пульпу из коронки зуба и корневых каналов
- в) ампутируют пульпу и оставляют тампон с резорцин-формалиновой смесью на 2-3 дня
- г) после ампутации пульпы накладывают резорцин-формалиновую пасту, прокладку и пломбу
- д) удаление пульпы после ее некротизации из всех каналов с последующим пломбированием

013. Ведущим показанием к удалению молочного зуба с хроническим периодонтитом является

- а) возраст ребенка
- б) сроки прорезывания постоянного зуба заместителя
- в) характер деструктивных изменений в периодонте и степень распространения патологического процесса на фолликулы и зачатки постоянных зубов
- г) наличие свищевого хода (на альвеолярном отростке челюсти в области больного зуба)
- д) не названо

014. При хроническом гранулирующем периодонтите зуба с несформированной верхушкой корня методом лечения является

- а) удаление зуба
- б) резекция верхушки корня
- в) пломбирование корня до верхушки нетвердеющими пастами
- г) пломбирование корневого канала твердеющими пастами до верхушки
- д) пломбирование корневого канала твердеющими пастами с длительным антисептическим действием за верхушку

015. Боль при зондировании и кровоточивость канала наблюдается

- а) при хроническом фиброзном периодонтите
- б) при кистогранулеме
- в) при хроническом гранулирующем периодонтите
- г) при хроническом гранулематозном периодонтите
- д) не названа

016. Имеются ли показания для односеансового метода лечения периодонтита постоянного однокорневого зуба при периостите?

- а) нет, такой зуб подлежит удалению
- б) да, надо запломбировать канал и сделать разрез
- в) нет, ибо целесообразнее вначале ликвидировать периостит и раскрыть зуб
- г) да, надо провести тщательную инструментальную обработку и запломбировать канал
- д) не названы

017. Резкую боль при зондировании и кровоточивость при хроническом гранулирующем периодонтите можно объяснить

- а) обострением воспалительного процесса
- б) врастанием грануляционной ткани в канал
- в) неправильным лечением
- г) применением сильнодействующих препаратов
- д) не назван

018. Можно ли острый гнойный периодонтит фронтального зуба запломбировать в первое посещение больного?

- а) нет, ибо необходимо создать отток из очага воспаления, для чего зуб оставляют открытым
- б) да, при условии хорошего освобождения канала и выведении его антибиотиков в периапикальные ткани
- в) да, если есть показания к разрезу по переходной складке
- г) да, при выведении за верхушку кортикостероидов
- д) не назван

019. Укажите метод обработки каналов наиболее целесообразный при лечении хронического гранулирующего периодонтита в зубе с плохо проходимыми каналами

- а) метод серебрения
- б) резорцин-формалиновый метод
- в) метод диатермокоагуляции
- г) электрофорез
- д) не назван

020. Лечение обострения хронического периодонтита (оказание первой помощи)

- а) раскрыть полость зуба, удалить распад из канала(ов), оставить зуб открытым
- б) раскрыть полость зуба, удалить распад из канала(ов), промыть канал (каналы) антисептиками, ферментами, оставить зуб открытым
- в) раскрыть полость зуба, удалить распад из канала (каналов), промыть их антисептиками, раскрыть верхушку(ки) зуба, оставить зуб открытым
- г) воздержаться от эндодонтического вмешательства, назначить противовоспалительное лечение
- д) раскрыть полость зуба, провести эндодонтическое лечение в полном объеме, назначить противовоспалительное лечение

021. При хроническом гранулирующем периодонтите на рентгенограмме

- а) очаг разрежения костной ткани разных размеров без четких границ
- б) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером до 5 мм
- в) расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба
- г) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами размером свыше 1 см в диаметре
- д) разрежения на рентгенограмме нет

022. Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста во временных зубах

- а) острый токсический периодонтит
- б) хронический гранулирующий периодонтит
- в) хронический гранулематозный периодонтит
- г) хронический фиброзный периодонтит
- д) хронический периодонтит в стадии обострения

023. На какой стадии формирования зачатка постоянного зуба возможно развитие местной гипоплазии при

хроническом периодонтите молочного зуба?

- а) до начала минерализации коронки зуба
- б) в период минерализации коронки зуба
- в) после полного формирования коронки зуба
- г) все вышеизложенные
- д) ни одно из вышеизложенных

024. Какие мероприятия по неотложной помощи необходимо провести при остром течении периодонтита или его обострении?

- а) отпрепарировать кариозную полость
- б) пломбирование канала
- в) проведение резорцин-формалинового метода
- г) расширение каналов
- д) обеспечить отток экссудата через каналы корней зубов

025. Наиболее часто обуславливает раннее удаление молочного зуба

- а) идиопатическая резорбция
- б) резорбция в результате новообразований
- в) патологическая резорбция при хроническом воспалении
- г) физиологическая резорбция
- д) все вышеперечисленное

Тема: 3-7. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей

001. Особенностью детского возраста является следующий исход остеомиелита челюстных костей

- а) адентия
- б) образование дефекта кости
- в) задержка роста челюсти
- г) патологический перелом челюсти
- д) не назван

002. Определяющим для выбора хирургического метода лечения периодонтита временного зуба является

- а) возраст до 7 лет
- б) хроническое течение заболевания

- в) степень активности кариеса
- г) групповая принадлежность зуба
- д) не назван

003. Абсолютным показанием к удалению временного зуба является

- а) возраст, соответствующий физиологической смене зубов
- б) наличие периодонтита
- в) наличие свища
- г) рентгенологически определяемое вовлечение в процесс зачатка постоянного зуба
- д) любой из перечисленных

004. Свищ в своде преддверия рта может быть симптомом

- а) хронического периодонтита
- б) хронического периодонтита с вовлечением зачатка постоянного зуба (остит)
- в) хронического остеомиелита
- г) одонтогенной кисты
- д) любого из перечисленных

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

- а) постоянный моляр
- б) временные резцы
- в) временные клыки
- г) первый временный моляр
- д) второй временный моляр

006. Зубом, вызвавшим одонтогенный острый периостит и обязательно подлежащим удалению, является

- а) временный моляр
- б) постоянный моляр
- в) постоянный резец
- г) любой
- д) никакой

007. Причиной неспецифических лимфаденитов в челюстно-лицевой области у детей является

- а) заболевания ЛОР-органов
- б) зубы, пораженные кариесом и его осложнениями
- в) травма челюстно-лицевой области
- г) острый герпетический стоматит
- д) любая из перечисленных

008. Частым лимфаденитам в детском возрасте способствует



- а) большая распространенность кариеса у детей
- б) частота заболеваний инфекционными болезнями и заболеваниями ЛОР-органов
- в) функциональное и морфологическое несовершенство лимфатических узлов у детей
- г) трудности диагностики
- д) частые повреждения челюстно-лицевой области

009. Наиболее вероятной причиной лимфаденита поднижнечелюстных лимфатических узлов у ребенка 2-3 лет является

- а) инфекционная причина
- б) одонтогенная причина
- в) травматическая причина
- г) дерматогенная причина
- д) тонзиллогенная причина

010. Наиболее вероятной причиной лимфаденита поднижнечелюстных лимфатических узлов у ребенка в возрасте 5-9 лет является

- а) инфекционная причина
- б) дерматогенная причина
- в) травматическая причина
- г) одонтогенная причина
- д) тонзиллогенная причина

011. Для дифференциальной диагностики кист и продуктивного воспалительного процесса челюстных костей наиболее информативны

- а) наличие в исследуемой области зуба с осложнением кариеса
- б) данные рентгенографии
- в) данные электроодонтодиагностики
- г) длительность процесса
- д) степень активности кариеса

012. Наиболее достоверным симптомом для диагноза хронического неспецифического паротита является

- а) наличие припухлости в околоушно-жевательной области
- б) сухость во рту
- в) наличие в анамнезе эпидемического паротита
- г) мутная с примесями слюна
- д) не назван

013. Чаще воспаляется

- а) подъязычная слюнная железа
- б) подчелюстная слюнная железа
- в) околоушная слюнная железа

- г) малые слюнные железы на губе
- д) слюнные железы на языке

014. Наиболее достоверно подтверждает диагноз эпидемического сиаалоаденита

- а) двусторонний характер поражения
- б) данные эпидемического анамнеза
- в) показатели гемограммы
- г) результат противовоспалительной терапии
- д) не назван

015. Наиболее распространенным путем передачи вируса простого герпеса человеку является

- а) воздушно-капельный
- б) контактный
- в) половой
- г) трансплацентарный
- д) любой из названных

Тема: 3-8. Заболевания слизистой оболочки рта и губ у детей

001. Укажите основные симптомы, свидетельствующие о диагнозе острого герпетического стоматита

- а) клиническая картина острого инфекционного заболевания
- б) лимфадентит
- в) гингивит
- г) высыпания в полости рта
- д) все перечисленные выше симптомы

002. Ведущую роль в патогенезе острого герпетического стоматита играет

- а) контакт с больным ребенком
- б) снижение уровня иммунитета
- в) переохлаждение
- г) недавно перенесенное ОРЗ
- д) все перечисленное выше

003. Основное средство лечения при остром герпетическом стоматите

- а) противовирусное
- б) жаропонижающее
- в) обезболивающее
- г) антисептическое
- д) стимулирующее иммунитет

004. Чаще болеют ОГС

- а) дети грудного возраста

- б) дети ясельного возраста
- в) дети дошкольного возраста
- г) младшие школьники
- д) старшие школьники

005. Ребенок, больной ОГС, не является распространителем вируса

- а) после полной эпителизации всех высыпаний
- б) через 5 дней после последних высыпаний
- в) в период остаточного гингивита
- г) после угасания лимфаденита
- д) в любой из перечисленных периодов

006. Возбудителем острого герпетического стоматита является

- а) вирус герпеса
- б) вирусно-микробные ассоциации полости рта
- в) микрофлора полости рта, приобретающая патогенные свойства при снижении реактивности организма
- г) смешанная вирусная инфекция
- д) не назван

007. При остром герпетическом стоматите встречается

- а) корочка
- б) волдырь
- в) пузырек
- г) гнойничок
- д) узелок

008. Для ранней диагностики и начала профилактических мероприятий в отношении стоматита могут быть

использованы такие признаки ОГС, как

- а) герпетические высыпания на коже лица, рук
- б) подъем температуры, ухудшение общего самочувствия, отказ от еды, слюнотечение
- в) катаральный гингивит и лимфаденит
- г) катаральный гингивит, лимфаденит, герпетические высыпания на коже
- д) не знаю

009. Для клиники ОГС характерно

- а) повышенная температура тела
- б) лимфаденит
- в) наличие эрозии в полости рта
- г) наличие гингивита
- д) все перечисленные

010. Для тяжелой формы ОГС характерны

- а) лимфаденит
- б) повышенная температура тела
- в) гингивит
- г) эрозия на слизистой оболочке полости рта
- д) все перечисленные симптомы

011. Ведущим симптомом, характерным для тяжелой формы ОГС, является

- а) гингивит
- б) повышение температуры тела до 39-40°C
- в) лимфаденит подчелюстных узлов
- г) высыпания в полости рта
- д) любой из названных

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

- а) противовирусные препараты
- б) кератопластические средства
- в) антисептические средства
- г) противовирусные мази и обезболивающие вещества
- д) все перечисленные выше вещества

013. Для местного лечения ОГС в катаральном периоде наиболее показаны

- а) противовирусные препараты
- б) кератопластические средства
- в) антисептические вещества
- г) противовирусные мази и обезболивающие вещества
- д) все перечисленные выше вещества

014. Ведущими лекарственными препаратами в местной терапии ОГС в период угасания болезни являются

- а) противовирусные средства
- б) антисептики
- в) кератопластические средства
- г) протеолитические средства
- д) ни один из указанных

015. Целесообразнее назначать ребенку с ОГС противовирусную терапию

- а) в период высыпаний
- б) в момент появления лимфаденита
- в) в продромальный период
- г) в период появления гингивита
- д) во все указанные периоды

016. Противовирусным действием обладают

- а) бонафтоновая 0.5% мазь
- б) флуцинар
- в) неомициновая мазь
- г) полимиксиновая мазь
- д) нистатиновая мазь

017. Наиболее показаны при лечении ОГС следующие методы антисептической обработки полости рта -

- а) орошение полости рта антисептиками
- б) антисептическая гигиеническая обработка зубов
- в) оксигенотерапия
- г) все перечисленные выше методы
- д) ни один из перечисленных выше методов

018. Прием больных с ОГС предпочтительно должен осуществляться

- а) в отдельном кабинете
- б) в общем кабинете, специальным набором инструментов
- в) в общем кабинете
- г) ни один из перечисленных
- д) любой из перечисленных

019. Ведущим в противоэпидемических мероприятиях при вспышке ОГС в детском саду является

- а) дезинфекция помещения
- б) изоляция и лечение больных детей
- в) установление источника инфекции
- г) обезвреживание предметов общего пользования
- д) определение путей передачи инфекции

020. Первоочередными противоэпидемическими мерами при ОГС и РГС являются

- а) индивидуальная гигиена полости рта, индивидуальная посуда
- б) ежедневные осмотры детей с целью диагностики и изоляции больных
- в) все перечисленное
- г) дезинфекция помещений и предметов общего пользования
- д) проведение всем контактированным детям без клинических симптомов профилактических мероприятий с использованием противовирусных мазей (3-4 раза в день)

021. Врачи-стоматологи при приеме больных ОГС и РГС в период обострения должны соблюдать следующие профилактические меры

- а) специфическая дезинфекция рабочего инструментария

- б) наличие марлевой повязки на лице во время приема
- в) кварцевание рабочего кабинета
- г) все названные
- д) ни один из них

022. Главным в местном лечении хронического рецидивирующего герпетического стоматита является

- а) применение средств, стимулирующих местный иммунитет
- б) длительное местное лечение с использованием противовирусных препаратов
- в) применение кератопластических средств
- г) применение обезболивающих средств
- д) ни один из названных

023. Патогенетическое лечение герпангины заключается

- а) противовирусное, кератопластическое
- б) противовирусное лечение
- в) применение средств физиотерапии
- г) не знаю
- д) ни один из названных

024. Язвенно-некротические поражения слизистой оболочки рта наблюдаются

- а) при гиповитаминозах
- б) при хроническом гипацидном гастрите
- в) при компенсированных заболеваниях почек
- г) при хроническом бронхите
- д) при заболеваниях крови и кроветворных органов

025. Для хронического рецидивирующего афтозного стоматита характерны

- а) множественные пузырьковые высыпания, в том числе на красной кайме губ
- б) острый катаральный гингивит
- в) единичные эрозии округлой или овальной формы
- г) пузыри на разных участках слизистой оболочки рта
- д) эрозии разных размеров с фестончатыми краями на гиперемизированном фоне

Тема: 3-9. Заболевания краевого пародонта у детей

001. Заболеваниями краевого пародонта сопровождаются

- а) открытый прикус
- б) тесное положение зубов
- в) глубокий прикус
- г) дистопия 33

д) любая из названных

002. О наличии истинного патологического зубодесневого кармана у детей надежно свидетельствует

- а) подвижность зуба
- б) глубина зубодесневого кармана свыше 4 мм
- в) рентгенологические симптомы патологии пародонта
- г) любой из названных
- д) ни один из названных

003. Основным методом для выявления заболеваний пародонта при диспансеризации детей у участкового стоматолога является

- а) осмотр
- б) проба Шиллера
- в) рентгенологические исследования
- г) генеалогический анамнез
- д) не знаю

004. Массовым и обязательным исследованием при диспансерном исследовании детей пубертатного возраста у стоматолога для выявления болезни пародонта является

- а) определение толерантности к глюкозе
- б) рентгенологическое исследование
- в) проба Шиллера-Писарева
- г) любой из названных методов
- д) ни один из них

005. Основным рентгенологическим признаком здорового сформированного пародонта является следующее -

- а) вершины межзубных перегородок находятся на уровне эмалево-цементной границы
- б) замыкающая кортикальная пластинка четкая, независимо от высоты и формы межзубных перегородок
- в) кортикальная замыкающая пластинка четкая, вершины межзубных перегородок находятся на уровне эмалево-цементной границы
- г) ни один из названных
- д) любой из названных

006. Рентгенологическими симптомами патологии пародонта являются

- а) деструкция кортикальной пластинки межзубной перегородки
- б) диффузный остеопороз костной ткани
- в) остеопороз межзубных перегородок
- г) все перечисленные варианты
- д) ни один из перечисленных вариантов

007. Ведущим признаком, отличающим хронический гингивит от

- а) наличие патологического десневого кармана
- б) воспаление десневого края
- в) наличие зубного камня
- г) рентгенологические симптомы
- д) не знаю

008. Методом окклюзиографии можно установить

- а) симптом неравномерной нагрузки при аномалиях прикуса
- б) симптом неравномерной нагрузки при ортогнатическом прикусе
- в) тесное положение зубов
- г) все перечисленное
- д) ни один из перечисленных

009. Для лечения хронического гингивита предпочтительно применять

- а) протеолитические ферменты
- б) мази, содержащие антибиотики
- в) противовоспалительные средства растительного происхождения
- г) любые средства противовоспалительного действия
- д) склерозирующую терапию

Тема: 3-10. Пороки развития зубов, челюсти, лица у детей

001. Показание к пластике преддверия рта формируется в возрасте

- а) до 3 лет
- б) 3-7 лет
- в) 7-9 лет
- г) 9-12 лет
- д) 12-15 лет

002. Укажите вариант лечения при выявлении у ребенка 1 месяца прорезавшиеся 11

- а) удалить зубы независимо от отсутствия жалоб
- б) наблюдение за прибавлением веса ребенка
- в) наблюдение за состоянием слизистой оболочки нижней поверхности языка
- г) изготовление каппы из быстротвердеющей пластмассы
- д) определение тактики в зависимости от характера вскармливания ребенка

003. Новорожденному неотложная помощь может потребоваться

- а) при аномалии уздечки верхней губы
- б) при аномалии уздечки языка
- в) при расщелине верхней губы



- г) при свище на губе
- д) при расщелине неба

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

- а) у хирурга-стоматолога
- б) у хирурга-стоматолога и ортодонта
- в) у хирурга-стоматолога детского и логопеда
- г) у педиатра и хирурга-стоматолога детского
- д) у группы специалистов в центрах диспансеризации данного профиля

005. Прямым показанием к рассечению уздечки языка в грудном возрасте служит

- а) наличие короткой уздечки языка
- б) затрудненное сосание
- в) короткая уздечка в сочетании с ретрогенией
- г) не знаю
- д) недостаточное прибавление веса ребенка

006. К развитию флюороза зубов приводят

- а) общие заболевания ребенка
- б) заболевания матери в период беременности
- в) избыточное содержание фтора в питьевой воде
- г) пища с избыточным содержанием углеводов
- д) недостаточная гигиена полости рта

007. К местной гипоплазии эмали постоянных зубов приводят

- а) общие заболевания матери во время беременности
- б) общие заболевания ребенка на первом году жизни
- в) воспаление от корней молочных зубов и вколоченный вывих молочного зуба
- г) заболевание матери на первом году жизни ребенка
- д) искусственное вскармливание ребенка

008. По наследству передаются

- а) флюороз
- б) гипоплазия
- в) налет Пристли
- г) синдром Стейтона-Капдепона
- д) кариес зубов

Тема: 3-11. Избранные вопросы детской ортодонтии

001. Укажите положение нижней челюсти у новорожденного, считающееся физиологическим

- а) дистальное
- б) нейтральное
- в) антериальное
- г) правильный ответ не назван
- д) мезиальное

002. Сосательный рефлекс у ребенка угасает в норме

- а) 3-6 месяцев
- б) 9-12 месяцев
- в) после 1 года
- г) в 6-9 месяцев
- д) после прорезывания временных зубов

003. Тактика врача в отношении детей, имеющих генетическую обусловленность к развитию аномалий прикуса

- а) стимулировать рост челюстей
- б) задерживать рост челюстей
- в) регулировать рост челюстных костей
- г) предупредить и устранить причины, способствующие усугублению аномалий прикуса
- д) не знаю

004. Укажите ведущий признак, обуславливающий нарушение функции речи

- а) короткая уздечка языка
- б) мощная уздечка верхней губы
- в) нарушение сроков прорезывания зубов
- г) пониженный тонус круговой мышцы рта
- д) ротовое дыхание

005. Этиологическим фактором в развитии аномалии прикуса является

- а) ребенок сосет палец
- б) у отца симптом верхнечелюстной прогнатии
- в) спит с раскрытым ртом
- г) раннее удаление зубов
- д) все перечисленное

006. Основным клиническим признаком при диастеме является

- а) увеличение размеров верхней челюсти
- б) нарушение смыкания зубных рядов
- в) расширение верхнего зубного ряда
- г) промежуток между центральными резцами
- д) несовпадение средней линии

007. Наиболее важным при тесном положении зубов клиническим признаком является

- а) наличие крупных зубов
- б) уменьшение ширины зубных рядов
- в) отсутствие или недостаток места в зубном ряду
- г) недостаток апикального базиса
- д) отсутствие трем

Тема: 3-12. Повреждения челюстно-лицевой области у детей

001. У детей чаще всего подвергаются травме

- а) клыки
- б) жевательные зубы
- в) группа резцов
- г) группа премоляров
- д) все вышеперечисленные

002. В детской практике для определения состояния пульпы зуба при ее травме более приемлемой методикой является

- а) электроодонтодиагностика
- б) термоодонтодиагностика
- в) перкуссия зуба
- г) рентгенография
- д) все вышеперечисленное

003. При локализации травмы в челюстно-лицевой области чаще встречается осложнение

- а) состояние головного мозга
- б) асфиксия
- в) кровотечение
- г) столбнячная инфекция
- д) все перечисленное

004. При ушибе зубов на рентгенограмме отмечаются

- а) сужение периодонтальной щели
- б) в пределах возрастной нормы
- в) расширение периодонтальной щели
- г) деформация периодонтальной щели
- д) все перечисленное

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

- а) в нарушении речи
- б) в нарушении приема пищи
- в) в развитии отеков в ближайшие часы после травмы, приводящих к асфиксии

- г) в нарушение речи и приема пищи
- д) не опасны

006. Лечение неполного вывиха временных резцов в 5 лет заключается

- а) в репозиции, фиксации, противовоспалительной терапии
- б) в удалении зубов
- в) в фиксации зубов
- г) не назван
- д) в наблюдении

007. Первичная хирургическая обработка с наложением глухого шва после травмы лица возможна максимально

- а) в течение суток
- б) в течение 3 суток с назначением противомикробной терапии
- в) в любой период времени
- г) при травмах лица не применяется
- д) не назван

008. Наиболее рациональным методом фиксации зубов и альвеолярного отростка в молочном и сменном прикусе являются

- а) лигатурные повязки
- б) подбородочная праща
- в) проволочные шины
- г) шины из быстротвердеющей пластмассы
- д) шина из композиционного материала

009. Больше всего предрасполагают к травме фронтальных зубов у детей младшего школьного возраста

- а) аномалии прикуса
- б) заболевания пародонта
- в) кариес зубов
- г) наличие вредной привычки сосания предметов
- д) ничего из перечисленного

010. Дисфункциональные поражения височно-нижнечелюстного сустава характерны для возраста

- а) до 3 лет
- б) 3-6 лет
- в) 6-9 лет
- г) 9-11 лет
- д) старше 11 лет

011. Наиболее характерен для ребенка раннего возраста

- а) вколоченный вывих временного зуба

- б) перелом корня зуба
- в) перелом челюсти
- г) вывих височно-нижнечелюстного сустава
- д) повреждение в этом возрасте не встречается

012. Какой вид лечения вколоченного вывиха резца (виден только его режущий край) Вы выберите для ребенка в возрасте 1 года?

- а) удаление зуба
- б) наблюдение, удаление при появлении признаков воспаления
- в) репозиция
- г) наблюдение с последующим депульпированием
- д) назначение противовоспалительной лекарственной терапии

013. При внедренном вывихе зуба на рентгенограмме отмечается

- а) сужение периодонтальной щели, либо вовсе ее отсутствие в области верхушки
- б) в пределах возрастной нормы
- в) расширение периодонтальной щели
- г) разрежение костной ткани в области верхушки
- д) изменения величины периодонтальной щели в боковой области корня зуба

014. Рентгенологическая картина при смещении зуба к окклюзионной плоскости

- а) расширение периодонтальной щели
- б) сужение периодонтальной щели
- в) деструкция костной ткани в области лунки
- г) разрежение костной ткани у верхушки корня
- д) разрежение костной ткани у боковой поверхности корня

015. Тактика лечения внедренного временного зуба со сформированным корнем

- а) необходимо удалить
- б) наблюдение за самостоятельным "прорезыванием", выдвижением, после чего при необходимости депульпировать
- в) выдвижение зуба ортодонтическими аппаратными методами
- г) рентгенография, депульпирование зуба
- д) ни один из вышеперечисленных

016. Тактика лечения внедренного постоянного зуба при сформированных корнях

- а) необходимо удалять
- б) выдвижение ее ортодонтическими аппаратными методами
- в) проводить их репозицию и при необходимости эндодонтическое лечение (извлекают зуб и реплантируют)

г) репозицию не проводить, зуб постепенно станет в прикус, затем по показаниям лечение зуба

д) не названа

017. Главной задачей в лечении переломов коронок зубов с несформированными корнями является

а) восстановить форму коронки

б) сохранить жизнеспособность пульпы

в) удалить пульпу в целях восстановительного протезирования

г) фиксировать отломок

д) не названа

018. Рентгенологическими признаками ушиба зуба являются

а) "исчезновение" периодонтальной щели в каких-либо участках (у верхушки зуба, на боковых стенках корня зуба)

б) периодонтальная щель расширена у верхушки зуба

в) на рентгенограмме изменений нет

г) периодонтальная щель равномерно расширена

д) периодонтальная щель расширена на одной из боковых стенок зуба

019. Методика лечения отлома коронки резца без обнажения пульпы у ребенка 8 лет (обратился в день травмы)

а) витальная ампутация пульпы

б) девитальная экстирпация пульпы

в) наложение одонтотропной пасты (кальцин, кальмецин) на поверхность отлома коронки и защитной коронки до 11 лет

г) немедленное протезирование дефекта коронки с помощью вкладки из эвикрола и парапульпарного штифта

д) изготовление ортодонтической коронки сразу после отлома коронки.

020. Методика лечения показана при отломе коронки резца с обнажением пульпы у ребенка 13 лет

а) витальная ампутация коронковой пульпы

б) метод прижизненной экстирпации

в) наложение на обнаженную пульпу одонтотропной пасты и защитной коронки

г) изготовление ортодонтической коронки

д) глубокая ампутация пульпы

021. Предпочтительным методом лечения при отломе части коронки 11 в результате травмы с обнажением пульпы

у ребенка 7 лет является

а) биологический метод

б) метод прижизненной ампуляции

в) витальная экстирпация

- г) девитальная ампутация
- д) девитальная экстирпация

Тема: 3-13. Опухоли челюстно-лицевой области у детей

001. Чаще поражается одонтогенными кистами

- а) верхняя челюсть
- б) обе челюсти одинаково
- в) нижняя челюсть
- г) скуловая кость
- д) челюстные кости не поражаются

002. Самыми распространенными из опухолей мягких тканей у детей являются

- а) сосудистые опухоли
- б) эпителиальные опухоли
- в) пигментные опухоли
- г) фибропластические опухоли
- д) не названы

003. Наиболее часто встречающимся у детей видом доброкачественных опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области является

- а) фиброма
- б) папиллома
- в) гемангиома
- г) липома
- д) миобластомиома

004. Изменить цвет кожи в подчелюстной области может

- а) лимфангиома
- б) гемангиома
- в) аплазия слюнной железы
- г) боковая киста шеи
- д) ничего из перечисленного

005. Очень часто обнаруживается сразу после рождения ребенка

- а) остеобластокластома
- б) остеома
- в) гемангиома
- г) папиллома
- д) в этом возрасте не обнаруживается

006. Заполнена продуктами сальных и потовых желез

- а) зубосодержащая киста
- б) дермоидная киста

- в) срединная киста шеи
- г) ретенционная киста слюнных желез
- д) десневая киста

007. Боли, которые имеют неясную локализацию и создается впечатление, что болят зубы, являются первыми симптомами

- а) при остеоме
- б) при одонтоме
- в) при остеогенной саркоме
- г) при остеобластокластоме
- д) при гемангиоме

009. Показанием к вскрытию гематомы прорезывания (кисты прорезывания) являются

- а) интенсивность окраски
- б) величина гематомы
- в) локализация в области определенного зуба
- г) воспаление гематомы
- д) всегда требуется вскрытие

010. Наиболее постоянным клиническим симптомом одонтогенной кисты челюсти является

- а) острый периостит
- б) вздутие (деформация) челюсти
- в) свищевой ход
- г) отсутствие зубов в зоне процесса
- д) не назван - 17 –

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача №1**

В стоматологическую поликлинику обратился пациент А. 30 лет с целью санации полости рта. Пациент предъявлял жалобы на наличие кариозной полости в зубе верхней челюсти.

1. Назовите этапы обследования стоматологического больного.
2. Что относится к основным методам обследования?
3. Перечислите дополнительные методы обследования.
4. Поставьте диагноз с помощью основных методов обследования.
5. Поставьте диагноз на основании дополнительных методов обследования.

#### **Эталон ответа к задаче №1**

1. Анамнез жизни, осмотр, дополнительные методы исследования.
2. Опрос, осмотр (внешний осмотр, осмотр преддверия и собственно



полости рта, пальпация, зондирование, перкуссия)

3. ЭОД, рентгенография, температурная проба, лабораторные методы исследования.

4. Предварительный.

5. Окончательный.

### **Задача № 2.**

Пациентке, 20 лет, предстоит удаление ретенированного и дистопированного 48 зуба. Сопутствующая патология отсутствует.

1. Какое обезболивание Вы используете для данного вмешательства?

2. Нужна ли премедикация, если нужна, то, какие препараты Вам потребуются?

3. Опишите технику выполнения проводниковой анестезии.

4. Перечислите местные осложнения данной анестезии.

5. Меры профилактики этих осложнений

### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Учитывая сложность и длительность оперативного вмешательства, лучше использовать амидный анестетик с вазоконстриктором 1:100000, выполнить торусальную и инфильтрационную анестезию

2. Премедикация препаратами бензодиазепинового ряда (реланиум, сибазон, седуксен).

3. Место вкола иглы: точка, образованная пересечением горизонтали, проведенной на 0,5 см ниже жевательной поверхности верхнего третьего моляра и бороздки, образованной латеральным скатом крыловидно-челюстной складки и щекой. Часто эта точка соответствует верхней трети крыловидно-челюстной складки. Рот при этом широко открыт.

Направление иглы: от противоположных верхних моляров и перпендикулярно к поверхности слизистой оболочки щеки на стороне вкола. Продвижение иглы: до упора в костную ткань. Количество вводимого анестетика: 2-3 мл.

4. Крыловидно-нижнечелюстная гематома; крыловидно-нижнечелюстная флегмона; нижнелуночковый, щечный, язычный неврит, некроз тканей крыловидно-нижнечелюстной области.

5. Соблюдение асептики, не нарушать технику проведения анестезии, избегать введения в ткани других растворов.

### **Задача № 3**

Больная 56 лет, обратилась с просьбой удалить 24 зуб, который ранее лечен. Местно: коронковая часть 24 зуба частично разрушена, розового цвета. При рентгенологическом исследовании у верхушек корней 24 зуба определяется разрежение костной ткани с нечеткими

контурами, в каналах имеется тень пломбировочного материала на 2/3 длины корней.

1. Установите диагноз.
2. Какими щипцами удаляют 24 зуб?
3. Какова последовательность удаления 24 зуба?
4. Укажите вид обезболивания данной операции.
5. Ваша тактика при переломе корня данного зуба во время удаления.

Эталон ответа к задаче № 3.

1. Двусторонняя инфраорбитальная и резцовая анестезия.
2. Необходимо выключить *rr. alveolares superiores anteriores dextra, sinistra; n. incisivus*.
3. Резцовая анестезия: При широко открытом рте вкалывают иглу в резцовый сосочек. Направление иглы отвесно по отношению к твердому небу и параллельно оси центральных резцов. Продвижение иглы до соприкосновения с костью и далее в канал на 0,2-0,5 см. Количество вводимого анестетика около 0,5 мл. Инфраорбитальная анестезия: место укола иглы: на 0,5 см выше переходной складки на уровне промежутка между центральным и боковым резцом. Указательным пальцем левой руки фиксируют на коже проекцию подглазничного отверстия, а большим пальцем оттягивают вверх верхнюю губу. Направление иглы: к подглазничному отверстию. Продвижение иглы: до упора в участок кости под фиксирующим кожу пальцем. Продвижение иглы: до передней стенки верхней челюсти, ввести небольшое количество анестетика. Осторожно нащупать концом иглы отверстие канала, ввести в него иглу на 7-10 мм. По ходу продвижения иглы в канал осторожно и медленно выпустить анестетик. Количество вводимого анестетика: 1,5-2 мл анестетика, причем не менее 0,5 мл следует ввести в конце продвижения иглы.
4. Подглазничная гематома, подглазничная флегмона, подглазничный неврит, некроз тканей подглазничной области, некроз тканей твердого неба.
5. Соблюдение асептики, прижать место укола после инфраорбитальной анестезии, избегать введения в ткани других растворов, не превышать необходимого количества анестетика во время резцовой анестезии.

#### Задача №4

Пациент, в возрасте 18 лет, обратился в клинику с жалобами на наличие кариозной полости в 11, 21 зубах.

Анамнез: кариозные полости обнаружил неделю тому назад.

Объективно: неглубокие полости на контактных поверхностях 11, 21

зубов. Полости заполнены размягченным дентином. Зондирование 21 болезненное, реакция на холод слабо-болезненная, перкуссия безболезненная. На зубах имеется мягкий зубной налет. Прикус ортогнатический.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие индексы используются для определения гигиены полости рта.
4. Какие растворы применяют для окрашивания зубного налета.
5. Последовательность действий при лечении 11, 21.

Эталон ответа к задаче №4

1. Средний кариес.
2. Поверхностный кариес, глубокий кариес.
3. Индексы Федорова-Володкиной, Грина-Вермиллиона, КПИ, РНР.
4. Метиленовый синий, раствор Люголя, раствор Шиллера-Писарева, раствор или таблетки эритрозина.
5. Инфильтрационная анестезия, препарирование кариозных полостей, антисептическая обработка, высушивание, наложение изолирующей прокладки (фосфат-цемент, стеклоиономер), пломбы силикофосфатного цемента, стеклоиономерного цемента, композита химического или светового отверждения, шлифование, полирование пломбы, изоляция от слюны.

### Задача №5

Больной 16 лет обратился с жалобами на острую приступообразную боль в 14 зубе.

Анамнез заболевания: сильные болевые приступы появились накануне ночью. Ранее боль в зубе не отмечал.

При осмотре: на медиальной поверхности зуба 14 глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. Зондирование дна резко болезненно в одной точке, перкуссия зуба безболезненная.

1. Поставьте диагноз
2. Проведите дополнительные исследования.
3. Как меняется температурная проба при острых пульпитах?
4. Как меняется электровозбудимость пульпы при острых пульпитах?
5. Проведите лечение.

Эталон ответа к задаче №5

1. Острый очаговый пульпит.
2. ЭОД, термодиагностика.
3. Резко болезненная.
4. Снижается.
5. Под инфильтрационной анестезией раскрыть полость зуба, провести ампутацию, экстирпацию, определить рабочую длину корня расширить и запломбировать корневые каналы под контролем

рентгенограммы, восстановить дефект твердых тканей зуба пломбированием.

### **Задача №6**

Больной К. 23-х лет, обратился с жалобами на подвижность 11 и 12, множественные сколы на передних зубах верхней челюсти.

Анамнез: три дня назад после удара, появилась резкая боль, подвижность 12, приступ боли от холодной и горячей пищи, при накусывании, покачивании зуба, а также в ночное время.

Внешний осмотр: незначительная деформация верхней губы справа за счет отека мягких тканей и гематомы. На слизистой оболочки верхней губы – ссадины.

Объективно: 12 – розового цвета, подвижность коронки второй степени, при пальпации – боль в десне на 3-4 мм выше десневого края, резкая боль от холодного, при перкуссии. Множественные трещины, сколы эмали 12,11. На внутриротовой рентгенограмме обнаружен косой перелом средней трети корня 12.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. С помощью какого метода исследования можно определить витальность пульпы травмированных зубов?
3. Определите тактику врача-стоматолога.
4. Укажите способы фиксации отломков и сроки консолидации отломков.
5. Как провести лечение сколов и трещин эмали.

### **Эталон ответа к задаче №6**

1. Отлом корня 12. Острый травматический пульпит 12. Сколы эмали 12 и 11. Гематома верхней губы.
2. Чувствительность пульпы травмированных зубов к электроток в пределах 12-20 мкА свидетельствует о возможности ее сохранения.
3. Под инфильтрационной анестезией провести эндодонтическое лечение.
4. Фиксация отломков корня серебряным или термофильным штифтом. Изготовление шинирующей конструкции 11,12, 13. Сроки образования цементной мозоли 3-4 недели.
5. Под обезболиванием эмалепластика композитом; Реминерализирующая терапия, покрытие фторлаком.

### **Задача №7**

Больная Г., 27-ми лет, обратилась с жалобами на боль в десне у 12.

Зуб ранее лечен. Периодически появляется боль при накусывании, отек десны. Объективно: 12 изменен в цвете, на латеральной поверхности большая композитная пломба. На слизистой оболочки альвеолярного

отростка в области 12, на фоне пастозной цианотичной альвеолярной десны свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме: корневой канал 12 заполнен рентгенконтрастным материалом на 2/3 длины. Верхушка корня отклонена латерально. У верхушки корня очаг деструкции без четких контуров, проекция свищевого отверстия.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите необходимое диагностическое обследование.
3. Составьте план лечения консервативным методом
4. Составьте план лечения консервативно-хирургическим методом
5. Обоснуйте сроки диспансеризации.

Эталон ответа к задаче №7

1. Обострение хронического гранулирующего периодонтита 12.
2. Основные методы исследования: перкуссия – сравнительная болезненна, реакция на холод – безболезненна, пальпация переходной складки – слабо болезненна, узура.
3. Повторное эндодонтическое лечение в одно посещение: эндодонтическая обработка корневого канала и пломбирование цементом или латеральной конденсацией.
4. При невозможности проведения повторного эндодонтического лечения: резекция верхушки корня и ретроградное пломбирование корневого канала амальгамой или стеклоиономерным цементом.
5. При проведении консервативного метода, контроль результатов лечения через 3, 6, 12 месяцев.

### Задача №8

Больная 38 лет обратилась с жалобами на кратковременную боль при чистке зубов, при вдыхании холодного воздуха и на наличие полостей на передних зубах верхней челюсти. Боль усиливается после приема яблок, лимонов. Прогрессирующую убыль твердых тканей зубов обнаружила более пяти лет назад. К врачам не обращалась.

Объективно: внешний осмотр без особенностей. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренной влажности. Прикус ортогнатический. На вестибулярных поверхностях в пришеечной области зубов 11; 21; 21; 22 имеется убыль эмали овальной формы, с гладким, блестящим, слегка желтоватым дном, размером 3х4 мм; зондирование, температурная проба безболезненны. На вестибулярных поверхностях зубов 13; 23 убыль эмали овальной формы размером 2х3 мм, имеющая гладкое блестящее дно; зондирование, температурная проба болезненны.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите этиологические факторы этого поражения.
3. С чем необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Укажите правильную последовательность реставрации зубов при

данном заболевании с применением светоотверждаемого пломбировочного материала.

5. Профилактика данной патологии.

Эталон ответа к задаче №8

1. Эрозия твердых тканей зубов.
2. Эндокринные заболевания, неправильный подбор средств гигиены полости рта, нерациональная чистка зубов, употребление большого количества цитрусовых и их соков.
3. Начальным кариесом, клиновидным дефектом.
4. Удаление зубного налета с поверхности зуба; определение цвета; протравливание эмали и дентина; промывание струей воды и высушивание; нанесение праймера и бонда; послойное нанесение пломбировочного материала; шлифование, полирование.
5. Консультация эндокринолога, рациональный подбор средств гигиены полости рта, рациональная чистка зубов, ограничение употребления цитрусовых и их соков.

#### **Задача №9**

Обнаружены кариозные полости в пределах эмали в пришеечной области центральных верхних резцов.

1. Выберите метод фиксации пломбы
2. Выберите эстетический материал для пломбирования
3. Обоснуйте необходимость прокладки
4. Особенности обработки эмали, окружающей дефект
5. Защитное покрытие для пломбы

Ответ: стеклоиономер, компомер, композиты химического отверждения, текучие композиты, фотокомпозиты.

Эталон ответа к задаче №9

1. Эмальсвязывающая техника: финирирование эмали, травление 30 сек, смывание кислоты – 60 сек, нанесения бонда (смолы) на 20 сек, раздувание до тонкой пленки, фотополимеризация 20 сек.
2. Компомер, композиты химического отверждения, текучие композиты, фотокомпозиты.
3. Полости в пределах эмали не требуют изоляции.
4. Финирирование краев и окружающей эмали, травление, бондинг для увеличения площади и силы сцепления.
5. Эмальгерметизирующий ликвид, фторлак, бонд, фторированные фотополимеризующиеся защитные смолы (Оптигارد, Титмей).

#### **Задача №10**

Пациент А., 19 лет, обратился с жалобами на скол медиального угла зуба 11.

При осмотре: скол проходит в пределах средних слоев дентина,

прикосновение вызывает болезненность.

1. Поставьте диагноз
2. Выберите способ защиты пульпы
3. Выберите материал для восстановления дефекта
4. Укажите последовательность слоев для восстановления опаковости в области угла фронтального зуба
5. Укажите последовательность слоев для восстановления прозрачности естественной эмали угла фронтального зуба

**Эталон ответа к задаче №10**

1. Перелом медиального угла зуба 11.
2. Глума комфорт бонд – предназначен для эмаль- и дентинсвязывающей техники, а также обладает свойствами десинсетайзера, т.е. снижает проницаемость и чувствительность дентина к раздражителям.
3. Для глубоких слоев - компомер, для восстановления дефекта - гибридный и наноуполненный фотокомпозит.
4. Компомер, опакующий слой, имитирующий дентин – тело реставрации.
5. Эмаль основного оттенка, прозрачный слой толщиной 0,3 – 0,5 мм.

**Задача №11**

В витальном зубе 36 на окклюзионно-дистальной поверхности сформирована кариозная полость в пределах дентина

1. Укажите класс препарирования
2. Перечислите антисептики для обработки дентина
3. Выберите способ защиты пульпы
4. Методы изоляции от контаминирования слюной и кровью
5. Выберите материалы для пломбирования

**Эталон ответа к задаче №11**

1. Препарирование кариозной полости по II классу,
2. Обработка 1 % раствором хлоргексидина, диоксида, 3 % р-ром перекиси водорода, высушивание.
3. Изолирующая прокладка – стеклоиономер, компомер.
4. Кровоостанавливающая ретракционная нить, жидкий коффердам, коффердам.
5. Амальгама или гибридный фотокомпозит-постериорит для восстановления и сохранения контактного пункта.

**Задача №12**

Больной Н., 27 лет обратился с жалобами на боль в деснах и при глотании, повышение температуры тела, слабость, недомогание, неприятный запах изо рта.

Из анамнеза: в течение трех лет отмечает кровоточивость десен, болеет в течение двух дней.

При осмотре: температуры тела до 37,8°C, серовато-землистый цвет кожи. Регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Местный статус: обильные зубные отложения, некроз десневых сосочков и маргинальной десны в области фронтальных зубов, в ретромоллярной области слева отмечается изъязвление капюшона над непрорезавшимся третьим моляром. На рентгенограмме отмечается горизонтальное положение 38.

1. Поставьте полный стоматологический диагноз.
2. Проведите лечебные манипуляции.
3. Выпишите препараты для общего лечения.
4. Назначьте лечение в домашних условиях.
5. Обоснуйте сроки временной нетрудоспособности.
6. Дайте рекомендацию по срокам и объему вмешательств в области

Эталон ответа к задаче №12

1. Острый генерализованный язвенный гингивит.
2. Обезболивание (лучше аппликационное) удаление некротизированной ткани десны (острым экскаватором или ватным тампоном), аппликация протеолитических ферментов, удаление зубных отложений, антимикробные препараты: 0,05% раствор хлоргексидина, суспензию метронидазола (аппликации или ротовые ванночки), сангвиритрин.
3. Метронидазол – по 0,5 2 раза в день, ацетилсалициловая кислота – по 0,5 3 раза в день, тавегил – по 0,25 2 раза в день, аскорбиновая кислота – по 0,1 3 раза в день.
4. Ротовые ванночки с раствором антисептиков или отварами трав, масляный раствор витамина А, обильное питье, щадящая, полноценная диета.
5. 2-4 дня.

**Задача №13**

Больная М., 65 лет, обратилась с жалобами на боли в зубах от холодного, чувство оскотины, «ползание Мурашков», покалывание, зуд в деснах. При осмотре зубные ряды полные, зубы интактны, устойчивы, небольшое количество зубного камня, оголение корней на 3-5 мм, зияние межзубных промежутков. В области клыков и премоляров убыль твердых тканей в пределах дентина на вестибулярной поверхности с гладкими блестящими сходящимися плоскостями. Десна бледная, плотно охватывает корни зубов. У первых моляров верхней челюсти отсутствует небная стенка альвеолы, верхушка небных корней зондируется в мягких тканях, оголена область фуркации корней. На ортопантомограмме – равномерная убыль костной ткани межзубных перегородок на  $\frac{1}{2}$  -  $\frac{2}{3}$  длины корня, остеосклероз.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.



2. Обоснуйте метод лечения 16 и 26.
3. Назначьте общее и местное лечение.
4. Выберите материал для восстановления дефектов твердых тканей зубов
5. Опишите технику избирательного пришлифовывания зубов.

#### Эталон ответа к задаче №13

1. Пародонтоз тяжелой степени тяжести. Клиновидные дефекты. Гиперестезия зубов.
2. Эндодонтическое лечение корневых каналов, пломбирование каналов стеклоиономерным цементом, ампутация небных корней с остеопластикой дефекта.
3. Местное лечение: удаление зубных отложений, РЭМ-терапия, Все виды массажа. Физиолечение. Общее лечение: улучшение коллатерального кровообращения (актовегин по 2 мл в/м 2 раза в неделю №6., компламин по 0,05 по 1 таблетки 2 раза в день), пентовит по 2 таблетки 3 раза в день, аскорутин по 2 таблетки 3 раза в день.
4. Клиновидные дефекты восстанавливают стеклоиономерными цементами, композитами светового отверждения.
5. Построение окклюдозграммы восковой пластинкой или копировальной бумагой. Определение супраконтактов при различных видах окклюзии. Сошлифовывание. РЭМ-терапия.

#### Задача №14

Больной С., 44 лет обратился с жалобами на подвижность зубов, неприятный запах изо рта, кровоточивость десен при чистке зубов. Боится откусывать твердую пищу.

Из анамнеза: кровоточивость десен отмечает в течение 7 лет, последние два года появилась заметная подвижность зубов, веерообразное расхождение с образованием щелей. Ранее удалял зубной камень, за специализированной помощью не обращался. Общие заболевания отрицает, на диспансерном учете не состоит.

При осмотре отмечена напряженность мягких тканей при сомкнутых губах. Прикус: бипрогнатический, травматическая окклюзия, веерообразное расхождение фронтальных зубов верхней и нижней челюстей, диастемы, тремы, разворот зубов вокруг оси, подвижность, подвижность I- II – III степени. Цианоз, деформация десневых сосочков и маргинальной десны во фронтальном отделе. Межзубные промежутки зияют, оголение шеек и корней зубов. Глубина пародонтальных карманов 4-5 мм, в области центральных зубов нижней челюсти – 7 мм. На ортопантограмме

отмечается неравномерная убыль костной ткани альвеолярного отростка, расширение периодонтальной щели в маргинальном отделе, отсутствие межзубных перегородок между 41 и 31.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.

2. Проведите необходимые методы исследования.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите сроки и объем хирургического лечения.
5. Укажите сроки и объем ортопедического лечения.

#### Эталон ответа к задаче №14

1. Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести. Травматическая окклюзия.
2. Общий анализ крови, анализ крови на сахар, содержание кальция и фосфора в сыворотке крови, печеночные пробы. Плотность костной ткани альвеолярных отростков – эхоостеометрия, визиография. Реопародонтография.
3. Устранение местных раздражителей, травматической окклюзии, ортопедическое лечение. Медикаментозная противовоспалительная терапия. Ингибирование лизосомальных ферментов. Уменьшение экссудации. Нормализация обменных процессов. Воздействие на процессы в костной ткани. Лечение пародонтальных карманов.
4. Лоскутная операция с элементами остеопластики. Удаление зубов, не имеющих опоры в костной ткани.
5. Временное или полупостоянное шинирование на начальном этапе лечения. Бюгельная шина.

#### Задача №15

Больная Л., 28-ми 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. 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, разрушен 46.

1. Проведите исследование для уточнения диагноза
2. Проведите дифференциальную диагностику между Гиперкератозами полости рта.
3. Поставьте диагноз
4. Назначьте общее лечение заболевания слизистой оболочки полости рта.
5. Назначьте местное лечение заболевания слизистой оболочки полости рта.

#### Эталон ответа к задаче №15

1. Визуальное исследование в лучах Вуда (очаги поражения флуарисцируют голубоватым светом).
2. Дифференцировать необходимо с типичной формой лейкоплакии, красной волчанкой, псориазом, хроническим гиперпластическим кандидозом полости рта.

3. Красный плоский лишай полости рта (типичная форма).
4. Седативная терапия: табл. валерианы 0,1 - по 1 таб. 2 раза в день; настойка Леонури 50 мл - по 30 кап. на ночь; витаминотерапия: 3,44% масляный раствор ретинола ацетата 15мл (по 8 – 10 кап. ежедневно утром в течение месяца); табл. никотиновой кислоты 0,1 ( по 1 таб. 3 раза в день после еды 20 дней).
5. Каратолин 100 мл или масло шиповника 100 мл; сошлифовывание острых бугров третьих моляров, замена пломб из амальгамы на вестибулярной поверхности в пришеечной области 16, 26, 27, 37,47 зубов на стеклоиономерные или цементные; замена шероховатых потемневших пластмассовых пломб у 13, 12, 11, 21, 22 зубов. Тщательная полировка пломб.

### **Задача №16**

Больной К., 64-х лет, обратился с жалобами на боль в полости рта от незаживающей «язвочки» на нижней губе.

Анамнез: практически здоров, случайные сексуальные контакты отрицает, курит с 14 лет. Впервые «язвочка» появилась год назад, зажила после смазывания тетрациклиновой мазью, 3 месяца назад образовалась вновь на том же месте. Обращался к врачу по месту жительства, безуспешно пользовался витаминными мазями.

Объективно: снижение высоты нижнего отдела лица, углубление складок в углу рта. Красная кайма губ бледная, сухая, на нижней губе слева (на 17-ти часах) – эрозия неправильной формы размером 1,5 x 0,7 см с желтоватыми слюдообразными чешуйками по периферии. Эрозия расположена соответственно латеральному углу 21. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева плотные, 1 x 1,5 см, подвижны, безболезненны при пальпации. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти на 3/4. Зубы устойчивы, острые режущие края.

1. Составьте план обследования.
2. Поставьте диагноз.
3. Дайте общеоздоровительные рекомендации при данном заболевании.
4. Назначьте местное лечение.
5. Оцените риск озлокачествления.

Эталон ответа к задаче №6

1. Цитологическое исследования соскоба.
2. Преканцерозный хейлит Манганотти .
3. Коррекция питания, исключение раздражающих факторов (курение, алкоголь, инсоляция), ферментированных зубных паст.
4. Сошлифовывание острых краев зубов. Антисептическая обработка эрозии. Аппликации ранозаживляющих и кортикостероидных мазей через 2– 3 часа в течение 2-х недель.
5. Ежеквартальное наблюдение онколог: облигатный предрак красной

каймы губ дает озлокачествление в 4 – 7% случаев, у лиц старше 75 лет риск озлокачествления снижается.

### **Задача №17**

Больной Б., 25 лет, жалуется на повышение температуры тела до 39°C, недомогание, сильную боль во рту при разговоре и приеме пищи.

Анамнез заболевания: Несколько дней назад после переохлаждения принимал препараты по предписанию врача. 3 дня назад почувствовал недомогание, повысилась температура, накануне появились высыпания во рту.

Анамнез жизни: Часто болеет респираторными инфекциями, 3 – 4 раза в год – ангиной.

Объективно: на коже кистей, предплечий, голеней - округлые синюшные пятна, корки. На фоне отечной гиперемии обложенной слизистой оболочки губ, передних отделов щек, языка - обширные сливные эрозии, покрытые желтоватым налетом.

1. Проведите обследование.
2. Поставьте диагноз.
3. Определите тактику лечения заболевания.
4. Выпишите препараты общего воздействия.
5. Назначьте местное лечение и средства гигиены полости рта.

### **Эталон ответа к задаче №17**

1. Определить симптом Никольского для исключения пузырчатки. Взять соскоб для цитологии на гигантские многоядерные клетки для дифференциации с герпетическим стоматитом. Бактериологический посев с определением чувствительности к антибиотикам. Провести аллергологические пробы в стадии ремиссии.
2. Многоформная экссудативная эритема (токсико-аллергическая форма).
3. Обследование и лечение в условиях стационара. При наступлении ремиссии аллергологические пробы на медикаменты, продукты питания, консерванты. Санаторно-курортное лечение. Санация хронических очагов инфекции. Восстановление микробной флоры полости рта полостей организма.
4. Антибиотики широкого спектра действия (макролиды) до получения результатов чувствительности микробной флоры, табл. «Найз» – по 1 т х 2 раза в сутки после еды, табл. тавегил 0,01 – по 1 табл. х 2 раза 6 –7 дней, коррекция витаминного баланса, 10% раствор глюконата кальция внутривенно медленно по 10 мл ежедневно № 10, гемодез – по 200 мл внутривенно капельно № 5, 4% раствор глюкозы с 1 мл 5% аскорбиновой кислоты – 400 мл внутривенно медленно № 5, метронидазол – 50 мл во фл. – внутривенно медленно по 50 мл 1 раз в день № 3.

5. «Гексорал» 120 мл, разводить 1:5, ротовые ванночки по 3 минуты через 2 – 3 часа. Обработка эрозий 0,5% преднизолоновой мазью через 3 часа в течение 7 – 10 дней.