

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Фонд оценочных средств
по программе ординатуры по специальности
31.08.72
Стоматология общей практики**

Фонд оценочных средств одобрен Центральным методическим советом ФГБОУ ВО КемГМУ
Минздрава России « 25.06.2025 г. протокол № 6.

Тестовое задание	Ответ на тестовое задание
<p>ПРОЕКТ «ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА»- ЭТО</p> <p>а) изучение отдельных генов человека б) секвенирование геномов в) синтез новых ДНК г) получение новых генов д) получение генотипа каждого человека</p>	д)
<p>БОМБЕЙСКИЙ ФЕНОМЕН – ЭТО:</p> <p>а) феномен наследования резус-фактора б) феномен наследования I-ой группы крови в) феномен наследования IV- ой группы крови г) феномен взаимодействия вещества- предшественника, детерминирующего гены А и В групп крови. д) феномен сцепленного наследования</p>	г)
<p>ФОРМУЛА $p^2 + 2pq + q^2 = 1$, ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ МЕТОДА ИЗУЧЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ ЧЕЛОВЕКА:</p> <p>а) генеалогического метода б) популяционно-статистического метода в) цитогенетического метода г) метода Барра д) метода пальмоскопии</p>	б)
<p>СЦЕПЛЕННОЕ НАСЛЕДОВАНИЕ ПРИЗНАКОВО УБУСЛОВЛЕНО:</p> <p>а) локализацией генов, определяющих эти признаки, в одной хромосоме б) локализацией генов, определяющих эти признаки, в разных хромосомах в) локализацией генов, определяющих эти признаки, в материнских хромосомах г) локализацией генов, определяющих эти признаки, в отцовских хромосомах д) локализацией генов, определяющих эти признаки в аутосомах</p>	в)
<p>НАСЛЕДОВАНИЕ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА:</p> <p>а) дерматоглифики б) популяционно-статистического в) ДНК-диагностики г) генеалогического д) биохимического</p>	г)
<p>ВЕЛИЧИНА КРОССИНГОВЕРА ОТРАЖАЕТ</p> <p>а) расстояние и силу сцепления между генами б) расстояние между генами в) силу сцепления между генами г) длину хромосомы д) диаметр хромосомы</p>	в)
<p>ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИПА НАСЛЕДОВАНИЯ ЗУБОВ, ИМЕЮЩИХ V-ОБРАЗНУЮ ФОРМУ КОРОНКИ, ВЫ ВЫБЕРИТЕ МЕТОД:</p> <p>а) ДНК-диагностики б) популяционно-статистический в) метод Барра г) генеалогический д) биохимический</p>	г)

<p>ПЕРВУЮ ГРУППУ КРОВИ МОЖНО ПЕРЕЛИВАТЬ:</p> <p>а) только в первую группу крови б) только во вторую группу крови в) только в третью группу крови г) только в четвёртую группу крови д) все группы крови</p>	<p>д)</p>
<p>ЗАБОЛЕВАНИЯ, СЦЕПЛЕННЫЕ С X-ПОЛОВОЙ ХРОМОСОМОЙ:</p> <p>а) гемофилия и гипертрихоз б) гемофилия и гипоплазия эмали зубов в) дальтонизм и гипертрихоз г) ихтиоз и гипертрихоз д) гипоплазия и гипертрихоз</p>	<p>б)</p>
<p>У ПАЦИЕНТА В ГЕНОТИПЕ 22 ПАРЫ АУТОСОМИ ХХУ ПО ПОЛОВЫМ ХРОМОСОМАМ - ЭТО СИНДРОМ:</p> <p>а) Шерешевского-Тернера б) Эдварса в) Клайнфельтера г) Энгельмана д) Дауна</p>	<p>в)</p>
<p>НАИБОЛЕЕ СИЛЬНЫЕ МУТАЦИИ ВЫЗЫВАЮТ ФАКТОРЫ:</p> <p>а) ультрафиолетовое излучение б) лекарственные препараты в) вирусы г) возбудители опасных заболеваний д) радиоактивные вещества</p>	<p>д)</p>
<p>СТРУКТУРНЫЕ АНОМАЛИИ ХРОМОСОМ, СВЯЗАННЫЕ С ДЕЛЕЦИЕЙ, ПРИВОДЯТ К РАЗВИТИЮ СИНДРОМОВ:</p> <p>а) Прадера-Вилли, Вольфа-Хиршхорна б) Энгельмана и Дауна в) «Кошачьего крика» и Патау г) Миллера-Дикера и Эдварса д) Дауна и Патау</p>	<p>а)</p>
<p>ПРИ СКРЕЩИВАНИИ ДВУХ МОНОГЕТЕРОЗИГОВ (Аа) НАБЛЮДАЕТСЯ РАСЩЕПЛЕНИЕ ПО ФЕНОТИПУ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ФОРМУЛЕ:</p> <p>а) 1 : 1 б) 1 : 2 в) 3 : 1 г) 9 : 7 д) 9 : 3</p>	<p>в)</p>
<p>ИЗМЕНЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОМОСОМНЫХ БОЛЕЗНЯХ МОГУТ БЫТЬ ВЫРАЖЕНЫ</p> <p>а) сверхкомплектными зубами б) V-образными зубами в) прогенией и прогнатией г) тауродонтизмом д) смешанными вариантами</p>	<p>д)</p>

<p>ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ДЕФЕКТАМИ СИСТЕМЫ РЕПАРАЦИИ И ДНК, ЭТО:</p> <p>а) синдром Дауна б) синдромы Блума и Дауна в) пигментная ксеродерма, синдром Блума г) синдромы Дауна и ксеродермы д) тауродонтизм и диастемы</p>	<p>в)</p>
<p>ЗАЯЧЬЯ ГУБА И ВОЛЧЬЯ ПАСТЬ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ:</p> <p>а) Эдварса б) Патау в) «Кошачьего крика» г) Дауна д) Клайнфельтера</p>	<p>б)</p>
<p>СИНДРОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ДЕЛЕЦИЕЙ ХРОМОСОМ:</p> <p>а) Шерешевского-Тернера, «кошачьего крика» б) «Сверх женщины», Клайнфельтера, Патау в) Энгельмана, Прадера-Вилли, «кошачьего крика» г) Эдварса, Патау д) Клайнфельтера, Энгельмана</p>	<p>г)</p>
<p>ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ЧЕЛОВЕКА НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:</p> <p>а) метод биохимический б) метод пальмоскопии в) генеалогический метод г) популяционно-статистический д) секвенирование ДНК</p>	<p>в)</p>
<p>ГЕНОТИПЫ ДЕТЕЙ, КОТОРЫЕ БУДУТ СТРАДАТЬ АПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ШЕРОХОВАТОЙ (АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНОЕ НАСЛЕДОВАНИЕ):</p> <p>а) Аа, АА, Вв б) аа, вв, сс в) АА, вв, Сс г) Вв, аа, СС д) АА, ВВ, СС</p>	<p>б)</p>
<p>ПРОБАНД СТРАДАЕТ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ, ДОМИНАНТНЫЙ ГЕН КОТОРОЙ СЦЕПЛЕН С X- ХРОМОСОМОЙ. БУДУТ ЛИ СТРАДАТЬ ЕГО ДОЧЕРИ, ЕСЛИ ЖЕНА ЗДОРОВА?</p> <p>а) дочери будут носительницы б) дочери будут страдать ЭД в) сыновья будут страдать ЭД г) будут страдать ЭД и сыновья, и дочери</p>	<p>б)</p>
<p>КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ К ХАРАКТЕРИСТИКЕ НАУЧНОЙ ПСИХОЛОГИИ:</p> <p>а) обобщенна, б) не ограничена в материалах, в) конкретна, г) основной метод – эксперимент д) рациональна,</p>	<p>г)</p>

<p>ПОНЯТИЕ «СИЛА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ» ОЗНАЧАЕТ:</p> <p>а) свойство нервной системы, характеризующееся преобладанием процессов возбуждения над процессами торможения б) свойство нервной системы, характеризующееся преобладанием процессов торможения над процессами возбуждения в) свойство нервной системы, определяющее работоспособность клеток коры, их выносливость г) свойство нервной системы, определяющее скорость, с которой происходит смена одного нервного процесса другим д) все ответы верны</p>	<p>в)</p>
<p>КОММУНИКАЦИЯ ЭТО -</p> <p>а) взаимодействие людей, имеющих общие или взаимозаменяющие интересы либо потребности. б) зрительно воспринимаемые движения другого человека, выполняемые выразительно-регулятивную функцию в) отношение к поступающей информации. г) пробуждение интереса собеседника д) способность донести до собеседника значимые логические доводы</p>	<p>а)</p>
<p>ИНКЛЮЗИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТСОБОЙ:</p> <p>а) форму сотрудничества; б) недоверие в) к частный случай интеграции; г) стиль поведения д) все ответы верны</p>	<p>в)</p>
<p>ЧТО СВОЙСТВЕННО МАНИПУЛЯТОРНОМУ СТИЛЮ ОБЩЕНИЯ?</p> <p>а) имеет тайный характер намерений; б) вид психологического воздействия, используемый для достижения одностороннего порядка; в) предполагает ясность внутренних приоритетов; г) используется духовно зрелыми речевыми партнерами; д) все ответы верны</p>	<p>б)</p>
<p>ЧЕМ ОБУСЛАВЛИВАЕТСЯ ОБРАЗЗДОРОВЬЯ?</p> <p>а) индивидуумом б) указом президента в) клиническими рекомендациями г) мнением врачебного сообщества</p>	<p>а)</p>
<p>ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ «СЛАБЫМ ЗВЕНОМ» ИСТЕРОИДНОГО ТИПА АКЦЕНТУАЦИИ:</p> <p>а) вынужденное одиночество, б) недостаток внимания к его персоне, в) грубое обращение, г) необходимость выступать перед большой аудиторией д) все ответы верны</p>	<p>б)</p>
<p>К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а) наличие цели б) наличие бессознательного в) наличие притязаний г) наличие самооценки д) все ответы верны</p>	<p>в)</p>

<p>КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ - ЭТО?</p> <p>а) способность устанавливать необходимые контакты с другими людьми. б) способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми для лучшего взаимодействия. в) способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми. г) отношение к поступающей информации. д) пробуждение интереса собеседника д) способность донести до собеседника значимые логические доводы</p>	<p>в)</p>
<p>ГУМАНИТАРНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПАРАДИГМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЯДРОМ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ</p> <p>а) обучаемого, усваивающего фрагменты социального опыта б) учащегося, не имеющего ограничений в здоровье, усваивающего моральные нормы и принципы в) человека, учащего и воспитывающего себя г) все ответы верны</p>	<p>в)</p>
<p>ОПРЕДЕЛИТЕ ПРОПУЩЕННОЕ СЛОВО, ВСТАВИВ ВЕРНОЕ: ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК ПРИ ОБЩЕНИИ ОРИЕНТИРУЕТСЯ ТОЛЬКО НА ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ, КОТОРЫЕ ЕМУ ДИКТУЕТ ЕГО СОЦИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, И ИГНОРИРУЕТ СВОИ ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, ТО МЫ ИМЕЕМ ДЕЛО С ОБЩЕНИЕМ:</p> <p>а) личностным б) деловым в) ролевым г) межличностным д) все ответы верны</p>	<p>в)</p>
<p>СТРЕСС — ЭТО:</p> <p>а) подготовка организма к размножению б) истощение сил организма в) часть процесса пищеварения г) мобилизация организма в условиях опасности</p>	<p>г)</p>
<p>КАКИЕ ТЕЗИСЫ ОТНОСЯТСЯ К ПОЛОЖЕНИЯМ ГУМАНИСТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ:</p> <p>а) ... человек, его права, свобода, индивидуальность – вот высшие ценности, б) личность – это сумма обусловленных реакций, в) основу психической жизни человека составляют неосознаваемые влечения и потребности, г) основными методами обучения являются поощрение и наказание,</p>	<p>а)</p>
<p>ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БУДУЩЕМ ЖЕЛАЕМОМ РЕЗУЛЬТАТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) целью б) символом в) значком г) значением д) все ответы верны</p>	<p>г)</p>
<p>ВИДЫ ОБЩЕНИЯ:</p> <p>а) вербальное б) косвенное в) достоверное г) невербальное д) все ответы верны</p>	<p>а)</p>

<p>ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПО ЗРЕНИЮ, В ЦЕЛЯХ ДОСТУПНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОБЕСПЕЧИВАЮТ:</p> <p>а) адаптацию официальных сайтов организаций, осуществляющих образовательную деятельность, в сети Интернет с учетом особых потребностей инвалидов по зрению с приведением их к международному стандарту доступности веб-контента и веб-сервисов (WCAG)</p> <p>б) обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации</p> <p>в) локальное понижение стоек-барьеров до высоты не более 0,8 м</p> <p>г) все ответы верны</p>	а)
<p>ЧТО БУДЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СУЩЕСТВЕННЫМ ПРИЗНАКОМ ВНУШЕНИЯ:</p> <p>а) не критическое восприятие информации</p> <p>б) недоверие</p> <p>в) критичность</p> <p>г) эмпатия</p> <p>д) все ответы верны</p>	а)
<p>ОПРЕДЕЛИТЕ ЭЛЕМЕНТЫ, КОТОРЫЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ:</p> <p>а) активный отдых; закаливание организма; раздельное питание; гигиена труда; гармонизация психоэмоциональных взаимоотношений;</p> <p>б) двигательный режим; закаливание организма; рациональное питание; гигиена труда и отдыха; личная и общественная гигиена; гармонизация психоэмоциональных взаимоотношений;</p> <p>в) двигательный режим; молочное питание; гигиена труда и отдыха; личная и общественная гигиена; гармонизация психоэмоциональных взаимоотношений;</p> <p>г) двигательный режим; закаливание организма; вегетарианское питание; гигиена тела; гармонизация психоэмоциональных взаимоотношений</p>	б)
<p>КАКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ОЩУЩЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОПИСАННОЙ СИТУАЦИИ: ТЕМПЕРАТУРА ПОМЕЩЕНИЙ ОКРАШЕННЫХ В ХОЛОДНЫЕ ТОНА ВОСПРИНИМАЕТСЯ НА 3-5 С НИЖЕ, ЧЕМ НА САМОМ ДЕЛЕ</p> <p>а) адаптация,</p> <p>б) сенсбилизация,</p> <p>в) взаимодействие ощущений</p> <p>г) синестезия,</p> <p>д) специфическая сенсорная организация.</p>	а)
<p>КАКИЕ БЫВАЮТ ВИДЫ КОНТРСУГГЕСТИИ, КОТОРЫЕ ВСТАЮТ НА ПУТИ КОММУНИКАЦИИ:</p> <p>а) избегание</p> <p>б) авторитет</p> <p>в) убеждение.</p> <p>г) все ответы верны</p>	в)
<p>1. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ПРАВОВОЙ АКТ ВОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:</p> <p>а) «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ- инфекции)»</p> <p>б) «О медицинском страховании граждан в РФ»</p> <p>в) «О донорстве крови и ее компонентов»</p> <p>г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»</p> <p>д) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»</p>	г)

<p>2. СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СУЩЕСТВУЮЩИЕ В РФ</p> <p>а) государственная б) частная, государственная в) муниципальная г) государственная, частная, муниципальная д) частная, муниципальная</p>	<p>г)</p>
<p>3. МОРАЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТПРАВОВОГО ОТЛИЧАЕТ</p> <p>а) свобода выбора действия б) произвольность мотива деятельности в) уголовная безнаказанность г) социальное одобрение д) наличие денежной заинтересованности</p>	<p>а)</p>
<p>4. К ЛИЧНЫМ ПРАВАМ, ЗАКРЕПЛЕННЫМ В КОНСТИТУЦИИ РФ, ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) право на жизнь б) право участвовать в управлении делами государства в) право на отдых г) право на жилище д) право на охрану здоровья и медицинскую помощь</p>	<p>а)</p>
<p>5. К ПОЛНОМОЧИЯМ</p>	
<p>ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) осуществление мер по обеспечению законности б) осуществление управления муниципальной собственностью в) назначение референдума в порядке, установленном федеральным конституционным законом г) назначение на должность Генерального прокурора Российской Федерации д) назначение выборов</p>	<p>б)</p>
<p>6. РЕШЕНИЕ О ПРИЗНАНИИ ЛИЦА ОГРАНИЧЕННО ДЕЕСПОСОБНЫМ В СООТВЕТСТВИИ С НОРМАМИ ГРАЖДАНСКОГО КОДЕКСА РФ ПРИНИМАЕТ</p> <p>а) суд общей юрисдикции б) орган опеки и попечительства в) врачебная экспертиза по месту жительства лица г) наркологический диспансер д) лечащий врач</p>	<p>а)</p>

<p>ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ СОСТАВЛЯЮТ</p> <p>а) информация о состоянии здоровья пациента</p> <p>б) информация о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента, а также сведения при тяжелом состоянии больного в отношении его самого</p> <p>в) информация о факте обращения за медицинской помощью</p> <p>г) информация о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента</p> <p>д) информация о факте обращения за медицинской помощью и о диагнозе</p>	<p>б)</p>
<p>УСЛОВИЯ, ПРИ КОТОРЫХ МОЖЕТ НАСТУПИТЬ ИМУЩЕСТВЕННАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЛПУ ЗА ВРЕД, ПРИЧИНЕННЫЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА</p> <p>а) противоправность действия (бездействия), грубые деонтологические нарушения, причинение вреда жизни и здоровью пациента</p> <p>б) грубые деонтологические нарушения в) противоправность действия (бездействия), причинение вреда жизни и здоровью пациента, явный умысел, причинная связь между противоправным действием и возникшим вредом</p> <p>г) противоправность действия (бездействия), причинение вреда жизни и здоровью пациента, явный умысел, причинная связь между противоправным действием и возникшим вредом, вина медицинского учреждения</p> <p>д) вина медицинского учреждения</p>	<p>в)</p>
<p>ВИДЫ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, ЗА КОТОРЫЕ НАСТУПАЕТ УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ</p> <p>а) неоказание помощи больному, причинение смерти по неосторожности, незаконное производство аборта, причинение тяжелой степени тяжести вреда здоровью по неосторожности</p> <p>б) причинение легкой степени тяжести вреда здоровью по неосторожности</p> <p>в) причинение средней или легкой степени тяжести вреда здоровью по неосторожности</p> <p>г) причинение тяжелой степени тяжести вреда здоровью (казус)</p>	<p>а)</p>
<p>ПРИЧИНЕНИЕ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ В СЛЕДСТВИЕ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ИСПОЛНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ В ВЕРЯЮТ В ВИНУ ВРАЧА</p> <p>а) когда тяжкий вред наступил из-за того, что пациент скрыл важную для лечения информацию</p> <p>б) когда врач умышленно причинил вред пациенту в) когда врач поставил неверный диагноз из-за недостатка диагностических мероприятий</p> <p>г) когда врач нарушил врачебную тайну</p> <p>д) когда тяжкий вред наступил из-за несвоевременного оказания помощи</p>	<p>в)</p>
<p>1. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ПРАВОВОЙ АКТ ВОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</p> <p>а) «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»</p> <p>б) «О медицинском страховании граждан в РФ» в) «О донорстве крови и ее компонентов»</p> <p>г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»</p> <p>д) «О санитарно-эпидемиологическом</p>	<p>г)</p>

<p>2. СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СУЩЕСТВУЮЩИЕ В РФ</p> <p>а) государственная б) частная, государственная в) муниципальная г) государственная, частная, муниципальная д) частная, муниципальная</p>	<p>г)</p>
<p>МОРАЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТПРАВОВОГО ОТЛИЧАЕТ</p> <p>а) свобода выбора действия б) произвольность мотива деятельности в) уголовная безнаказанность г) социальное одобрение д) наличие денежной заинтересованности</p>	<p>а)</p>
<p>К ЛИЧНЫМ ПРАВАМ, ЗАКРЕПЛЕННЫМ В КОНСТИТУЦИИ РФ, ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) право на жизнь б) право участвовать в управлении делами государства в) право на отдых г) право на жилище д) право на охрану здоровья и медицинскую помощь</p>	<p>а)</p>
<p>5. К ПОЛНОМОЧИЯМ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) осуществление мер по обеспечению законности б) осуществление управления муниципальной собственностью в) назначение референдума в порядке, установленном федеральным конституционным законом г) назначение на должность Генерального прокурора Российской Федерации д) назначение выборов</p>	<p>б)</p>
<p>6. РЕШЕНИЕ О ПРИЗНАНИИ ЛИЦА ОГРАНИЧЕННО ДЕЕСПОСОБ- НЫМ В СООТВЕТСТВИИ С НОРМАМИ ГРАЖДАНСКОГО КОДЕКСА РФ ПРИНИМАЕТ</p> <p>а) суд общей юрисдикции б) орган опеки и попечительства в) врачебная экспертиза по месту жительства лица г) наркологический диспансер д) лечащий врач</p>	<p>а)</p>
<p>7. ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ СОСТАВЛЯЮТ</p> <p>а) информация о состоянии здоровья пациента б) информация о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента, а также сведения при тяжелом состоянии больного в отношении его самого в) информация о факте обращения за медицинской помощью г) информация о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента д) информация о факте обращения за медицинской помощью и о диагнозе</p>	<p>б)</p>

<p>8. УСЛОВИЯ, ПРИ КОТОРЫХ МОЖЕТ НАСТУПИТЬ ИМУЩЕСТВЕННАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЛПУ ЗА ВРЕД, ПРИЧИНЕННЫЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА</p> <p>а) противоправность действия (бездействия), грубые деонтологические нарушения, причинение вреда жизни и здоровью пациента б) грубые деонтологические нарушения в) противоправность действия (бездействия), причинение вреда жизни и здоровью пациента, явный умысел, причинная связь между противоправным действием и возникшим вредом г) противоправность действия (бездействия), причинение вреда жизни и здоровью пациента, явный умысел, причинная связь между противоправным действием и возникшим вредом, вина медицинского учреждения д) вина медицинского учреждения</p>	<p>в)</p>
<p>9. ВИДЫ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, ЗА КОТОРЫЕ НАСТУПАЕТ УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ</p> <p>а) неоказание помощи больному, причинение смерти по неосторожности, незаконное производство аборта, причинение тяжелой степени тяжести вреда здоровью по неосторожности б) причинение легкой степени тяжести вреда здоровью по неосторожности в) причинение средней или легкой степени тяжести вреда здоровью по неосторожности г) причинение тяжелой степени тяжести вреда здоровью (казус)</p>	<p>а)</p>
<p>10. ПРИЧИНЕНИЕ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ В СЛЕДСТВИЕ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ИСПОЛНЕНИЯ</p>	
<p>ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ В ВЕРЯЮТ В ВИНУ ВРАЧА</p> <p>а) когда тяжкий вред наступил из-за того, что пациент скрыл важную для лечения информацию б) когда врач умышленно причинил вред пациенту в) когда врач поставил неверный диагноз из-за недостатка диагностических мероприятий г) когда врач нарушил врачебную тайну д) когда тяжкий вред наступил из-за несвоевременного оказания помощи</p>	<p>в)</p>
<p>ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ПОПАДАНИЯ МИКРОБОВ В ЛУНКУ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ ЗАДАЧЕЙ</p> <p>а) антисептики б) асептики в) химиотерапии г) антибиотикотерапии д) физиотерапии</p>	<p>б)</p>
<p>ФИНИШНАЯ ОБРАБОТКА ПЛОМБЫ ИЗ АМАЛЬГАМЫ ПРОВОДИТСЯ</p> <p>а) сразу после пломбирования б) через 24 часа в) через 48 часов г) через 72 часа д) через месяц</p>	<p>б)</p>
<p>ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ СЭНДВИЧ-МЕТОДИКОЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ МАТЕРИАЛОВ</p> <p>а) гидроокись кальция + СИЦ б) гидроокись кальция + композит в) СИЦ + композит г) водный дентин + СИЦ д) цемент</p>	<p>в)</p>
<p>НАИБОЛЬШЕЙ ГИБКОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ ЭНДОДОНТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ИЗ</p> <p>а) углеродистой стали б) «космической» стали в) «шведской» стали г) никель-титана д) стали</p>	<p>г)</p>

<p>ПЛОМБЫ ИЗ КОМПОЗИТНОГО МАТЕРИАЛА СВЕТООВОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ПЕРЕД ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <p>а) поменять на пломбы из стеклоиономерного цемента б) покрыть радиопротектором</p> <p>в) покрыть пластмассовыми капшами г) оставить без изменений</p> <p>д) покрыть фторлаком</p>	г)
<p>ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ</p> <p>а) ортофосфорной кислоты б) азотно-кислого серебра в) малеиновой кислоты</p> <p>г) этилендиаминтетрауксусной кислоты д) этилового спирта</p>	г)
<p>ВНЕСЕНИЕ КОМПОЗИТА ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ</p> <p>а) послойно</p>	б)
<p>б) одной или двумя порциями, тщательно прижимая материал ко дну и стенкам</p> <p>в) мелкими порциями с тщательной конденсацией каждой порции</p> <p>г) техника внесения не имеет значения д) одной порцией</p>	
<p>ПРИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ИНФИЦИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОЙ МЕТОДИКОЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Step Back</p> <p>б) Crown Down в) стандартная г) гибридная д) поэтапная</p>	б)
<p>КОНЦЕНТРАЦИЯ ХЛОРГЕКСИДИНАБИГЛЮКОНАТА ДЛЯ РОТОВЫХ ВАННОЧЕК СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) 0,5%</p> <p>б) 0,05%</p> <p>в) 1%</p> <p>г) 5%</p> <p>д) 10%</p>	б)
<p>ОСНОВОЙ МАТРИЦЫ КОМПОЗИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) эпоксидная смола б) БИСГМА в) полиакриловая кислота</p> <p>г) ортофосфорная кислота д) вода</p>	б)
<p>ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОНТАКТНОГО ПУНКТА В ПОЛОСТЯХ II КЛАССА ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p> <p>а) компомер</p> <p>б) гибридный СИЦ тройного отверждения в) пакуемый композит г) микрофильный композит д) цементы</p>	в)

<p>НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ИОНОВ ФТОРА ВЫДЕЛЯЕТ</p> <p>а) классический СИЦ б) гибридный СИЦ в) силикофосфатный цемент г) компомер д) фторлак</p>	<p>а)</p>
<p>ИРРИГАНТ, СПОСОБНЫЙ РАСТВОРЯТЬ ОРГАНИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ</p> <p>а) хлоргексидин б) раствор ЭДТА в) гипохлорит натрия г) перекись водорода</p>	<p>в)</p>
<p>д) этиловый спирт</p>	
<p>НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МИКРОФИЛЬНЫХ КОМПОЗИТОВ</p> <p>а) класс I, II, III, IV, V кариозных полостей по Блэку б) класс III, IV, V кариозных полостей по Блэку в) класс III, V кариозных полостей по Блэку г) класс I, II кариозных полостей по Блэку д) все классы</p>	<p>в)</p>
<p>РЕТРАКЦИОННАЯ НИТЬ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <p>а) для очищения межзубного промежутка б) для защиты рабочего поля от десневой жидкости в) для фиксации матрицы г) вместо матрицы д) для остановки кровотечения</p>	<p>б)</p>
<p>ОПАКОВЫЙ КОМПОЗИТ - ЭТО</p> <p>а) прозрачный композит б) непрозрачный композит в) текучий композит г) пакуемый композит д) двухкомпонентный композит</p>	<p>б)</p>
<p>МАТЕРИАЛ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ</p> <p>а) ZnOЭ – паста б) пульперил в) гуттаперчевые штифты г) кресофен д) фосфат-цемент</p>	<p>а)</p>

<p>КАКОВА СРЕДНЯЯ БОЛЬШИНСТВА ПОЛИМЕРИЗАЦИОННАЯ УСАДКА КОМПОЗИТНЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ</p> <p>а) усадки практически нет б) 0,05 - 0,1% в) 2,9 – 3,7% г) 11 - 13% д) 50%</p>	в)
<p>К ФЕРМЕНТНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) гипохлорит натрия, хлорамин б) йодиол, бетадин в) диметилсульфоксид, перекись водорода г) лизоцим, трипсин д) перекись водорода</p>	а)
<p>ПРИЧИНА БЛОКАДЫ ПРОСВЕТА КОРНЕВОГО КАНАЛА ДЕНТИННЫМИ ОПИЛКАМИ</p> <p>а) активная работа агрессивными инструментами большого диаметра б) чрезмерное расширение корневого канала в) недостаточность промывания канала ирригации опилок г) использование Н-файла д) узкий канал</p>	а)
<p>1. ПРОЦЕССОР КОМПЬЮТЕРА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ ...</p> <p>а) выполнения математических и логических операций; б) преобразования данных в форму, предназначенную для обработки; в) хранения текущей информации.</p>	а)
<p>2. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОРЯДКА ВЫПОЛНЕНИЯ КОМАНД АЛГОРИТМ МОЖЕТ БЫТЬ:</p> <p>а) Круговым; б) Циклическим; в) Ступенчатым; г) Иерархическим.</p>	б)
<p>3. МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАТИКА - ЭТО НАУКА...</p> <p>а) Прикладная; б) Фундаментальная; в) Экономическая; г) Теоретическая.</p>	а)
<p>4. МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ – ЭТО... а) Решающее устройство, имитирующие информационные процессы объекта исследования; б) Уменьшенная копия прототипа; в) Система уравнений, описывающая свойства моделируемого объекта; г) Графическая симуляция поведения объекта.</p>	в)

<p>5. СБОР ДАННЫХ – ЭТО...</p> <p>а) Перевод данных из одной формы (или структуры) в другую;</p> <p>б) Накопление данных с целью обеспечения их полноты для принятия решений;</p> <p>в) Сведение данных, полученных из разных источников, к одинаковой форме;</p> <p>г) Упорядочивание данных по определенному признаку.</p>	<p>б)</p>
<p>6. ПОД КАТЕГОРИЕЙ «ДАННЫЕ» В ИНФОРМАТИКЕ ПОНИМАЮТ ...</p> <p>а) Совокупность знаний и новых сведений о фактических данных и зависимостях между ними;</p> <p>б) Непосредственные значения параметров в виде чисел, символов или других сведений, зафиксированные на специальных носителях;</p>	<p>б)</p>
<p>в) Персональный компьютер с хранящимися в нем данными;</p> <p>г) Программное обеспечение компьютера.</p>	
<p>7. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ – ЭТО ...</p> <p>а) Совокупность средств и методов выработки, хранения, передачи и использования информации;</p> <p>б) Сбор, обработка, накопление, хранение, поиск, распространение и потребление информации;</p> <p>в) Совокупность программно-технических средств, используемых для принятия управленческих решений;</p> <p>г) Настройка и модернизация информационных систем.</p>	<p>а)</p>
<p>8. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПО СХЕМЕ «МНОГОТОЧЕК - МНОГО ТОЧЕК» СОЗДАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ...</p> <p>а) телемедицинской консультации; б) телемониторинга (телеметрии);</p> <p>в) телемедицинской лекции или семинара;</p> <p>г) телемедицинского совещания (консилиума).</p>	<p>г)</p>
<p>9. АРХИТЕКТУРА КОМПЬЮТЕРНОЙ СЕТИ ОПРЕДЕЛЯЕТ ...</p> <p>а) Равноправное объединение компьютеров, обменивающихся информацией;</p> <p>б) Геометрическую организацию узлов и кабельных соединений в локальной компьютерной сети;</p> <p>в) Набор стандартов на аппаратное обеспечение и кабельное оборудование в соответствии с проектом локальной сети; г) Набор стандартов на программное обеспечение.</p>	<p>в)</p>

<p>10. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ – ЭТО ...</p> <p>а) Современный способ доставки медицинской информации;</p> <p>б) Комплекс средств и методов дистанционного оказания медицинской помощи, реализуемой с применением телекоммуникационных систем;</p> <p>в) Способ разработки информационных систем, основанных на применении высокотехнологичной медицинской помощи.</p>	<p>б)</p>
<p>11. ИНТЕРНЕТ–МЕДИЦИНА НЕВКЛЮЧАЕТ...</p> <p>а) Информационную поддержку клинической медицины в вопросах отсроченного консультирования больных;</p> <p>б) Справочную службу в области охраны здоровья, включая лекарственные и диагностические справочники;</p> <p>в) Медико-статистические информационные</p>	<p>е)</p>
<p>ресурсы;</p> <p>г) Обеспечение доступа к базам данных медицинских и научных библиотек;</p> <p>д) Информацию административно - управленческого характера, в том числе расписание работы врачей и запись на прием к врачу;</p> <p>е) Интернет ресурсы сети аптек.</p>	
<p>12. ЭЛЕКТРОННАЯ ЦИФРОВАЯ ПОДПИСЬ – ЭТО ...</p> <p>а) Документ, в котором информация представлена в электронно-цифровой форме; б) Реквизит электронного документа для его защиты от подделки, полученный в результате криптографического преобразования информации, позволяющий идентифицировать владельца ключа подписи; в) Отсканированная подпись, введенная в электронный документ как рисунок.</p>	<p>б)</p>
<p>13. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ЧЕРТОЙ ЭКСПЕРТНЫХ СИСТЕМ ЯВЛЯЕТСЯ... а) Использование специального языка программирования;</p> <p>б) Обязательное наличие распределенной базы данных;</p> <p>в) Полный перебор возможных решений задачи;</p> <p>г) Использование моделирования знаний для решения задачи из конкретной проблемной области.</p>	<p>г)</p>
<p>14. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИСТЕМ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ?</p> <p>а) Медико-технологическая ИС;</p> <p>б) Информационно-справочная система; в) Статистическая ИС;</p> <p>г) Научно-исследовательская ИС; д) Обучающая ИС.</p>	<p>в)</p>

<p>15. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕЙ МОДЕЛИРОВАНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА ЭТАПЕ...</p> <p>а) проведения модельных экспериментов; б) анализа модели; в) постановки задачи; г) оценки реализованной модели.</p>	<p>в)</p>
<p>16. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ФАЙЛОВ И КАТАЛОГОВ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ МОДЕЛЬЮ.</p> <p>а) сетевой; б) иерархической; в) табличной; г) алгоритмической.</p>	<p>б)</p>
<p>17. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ЧЕРТОЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЯВЛЯЕТСЯ...</p> <p>а) обучаемость; б) наличие базы данных; в) полный перебор возможных решений задачи;</p>	<p>а)</p>
<p>г) моделирование знаний.</p>	
<p>18. ОСНОВНЫМ НАЗНАЧЕНИЕМ ЭЛЕКТРОННЫХ ТАБЛИЦ ЯВЛЯЕТСЯ... а) работа с упорядоченными числовыми данными, выполнение относительно несложных; расчетов и подготовка диаграмм б) проведение сложных расчетов и статистического анализа результатов научных исследований; в) создание деловой графики.</p>	<p>а)</p>
<p>19. ТЕХНОЛОГИЯ РАБОТЫ В ТЕКСТОВОМ РЕДАКТОРЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ:</p> <p>а) создание документа; б) ввод текста; в) редактирование; д) все перечисленное; е) форматирование текста; ж) сохранение документа; з) печать документа;</p>	<p>д)</p>
<p>20. К ИСКУССТВЕННОМУ ИНТЕЛЛЕКТУ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) искусственная нейронная сеть; б) сеть доверия Байеса; в) экспертная система; г) система навигации.</p>	<p>г)</p>
<p>УКАЖИТЕ МЕТОДЫ ЗАБОРА МАТЕРИАЛА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПУЛЬПИТА</p> <p>а) взятие размягченного дентина б) взятие материала из десневого желобка и патологических десневых карманов в) взятие пульпы экстрактором; г) соскоб зубного налета д) взятие тампоном</p>	<p>в)</p>

<p>ОСНОВНЫМ КАРИЕСОГЕННЫМ МИКРООРГАНИЗМОМ ЯВЛЯЕТСЯ: а) Streptococcus mutans б) Streptococcus pyogenes в) Streptococcus mitis г) Streptococcus sanguis д) Streptococcus salivarius</p>	<p>а)</p>
<p>УКАЖИТЕ МЕТОД ЗАБОРА МАТЕРИАЛА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ КАРИЕСА:</p>	<p>а)</p>
<p>а) взятие размягченного дентина д) взятие материала из десневого желобка и патологических десневых карманов в) взятие пульпоэкстрактором г) соскоб зубного налета д) взятие тампоном</p>	
<p>В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ОБРАЗОВАНИЯ ЗУБНОГО НАЛЕТА В НЕМ В ОСНОВНОМ РЕГИСТРИРУЮТСЯ: а) аэробные виды микроорганизмов б) анаэробные виды микроорганизмов в) аэробные и факультативно-анаэробные виды микроорганизмов г) микроаэрофильные виды микроорганизмов д) аэротолерантные виды микроорганизмов</p>	<p>в)</p>
<p>В СОСТАВ ПЕЛЛИКУЛЫ ВХОДИТ: а) вода, связанная с белком б) гликопротеины в) декстрины г) фитонциды д) леваны</p>	<p>б)</p>
<p>НАЧАЛЬНЫМ ЭТАПОМ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ: а) агрегация бактериальных клеток б) адгезия стрептококков на зубной эмали в) образование кислых продуктов г) образование глюканов из глюкозы</p>	<p>б)</p>
<p>д) агрегация актиномицетов на зубной эмали</p>	
<p>РЕАКЦИЮ ГЕМАДСОРБЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ а) индикации вирусов в курином эмбрионе б) индикации вирусов в культуре клеток в) идентификации вирусов г) серодиагностики вирусных инфекций д) определения титра антител</p>	<p>б)</p>

<p>РЕБЁНКУ С III СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА В ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ НАЗНАЧАЮТСЯ</p> <p>а) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора б) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав в) гигиенические зубные эликсиры г) гигиенические зубные пасты и эликсиры д) гигиенические зубные пенки</p>	<p>а)</p>
<p>ЭНДОГЕННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В</p> <p>а) первое полугодие первого года жизни б) антенатальный период в) второе полугодие первого года жизни г) третий год жизни д) второй год жизни</p>	<p>б)</p>
<p>К СПЕЦИФИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) санация полости рта б) стоматологическое просвещение в) герметизация фиссур г) диспансеризация д) ортодонтическое лечение</p>	<p>в)</p>
<p>ЦЕЛЬЮ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) профилактика суперконтактов б) профилактика стираемости эмали в) лечение начального кариеса</p>	<p>г)</p>
<p>УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРИЧИН ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ</p> <p>а) по определению стоматологического статуса населения региона б) вторичной профилактики стоматологических заболеваний в) третичной профилактики стоматологических заболеваний г) эпидемиологического обследования населения д) первичной профилактики стоматологических заболеваний</p>	<p>д)</p>

<p>КОНТРОЛИРУЕМАЯ ЧИСТКА ЗУБОВ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ НАКОПЛЕНИЮ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, ОБУЧЕНИЕ ПРАВИЛАМУХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА И ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) профессиональная гигиена полости рта б) индивидуальная гигиена полости рта в) стоматологическое просвещение г) профилактика стоматологических заболеваний д) герметизация фиссур</p>	<p>а)</p>
<p>РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПРИ КАРИЕСЕ</p> <p>а) среднем б) в стадии мелового пятна в) глубоко г) моляров д) премоляров</p>	<p>б)</p>
<p>ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ</p> <p>а) реминерализирующая терапия б) приём фторидсодержащих препаратов в) проведение профессиональной гигиены г) уменьшение употребления углеводов д) герметизация фиссур</p>	<p>в)</p>
<p>ПОКРЫТИЕ ЗУБОВ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИМ ЛАКОМ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО В ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД (ЛЕТ)</p> <p>а) 12-18 б) 4-6</p>	<p>г)</p>
<p>ОБРАТИМОСТЬ ПРОЦЕССА ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ УСЛОВЛЕНА</p> <p>а) сохранением минерального состава слюны б) повышением проницаемости эмали в) потерей из повреждённого участка ионов кальция г) образованием пелликулы на поверхности эмали д) сохранением органической основы эмали</p>	<p>д)</p>

<p>ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ АНАЛИЗА</p> <p>а) профилактической работы среди населения б) эффективности использования оборудования в) информированности населения о зож г) распределения нагрузки среди врачей д) первичных обращений</p>	<p>а)</p>
<p>ИНДЕКС ГРИН-ВЕРМИЛЛИОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ</p> <p>а) интенсивности кариеса б) гигиены полости рта в) кровоточивости дёсен г) зубочелюстных аномалий д) начального кариеса</p>	<p>б)</p>
<p>ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ФЁДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ ОКРАШИВАЮТСЯ ПОВЕРХНОСТИ</p> <p>а) язычные первых постоянных моляров б) вестибулярные б верхних фронтальных зубов в) вестибулярные б нижних фронтальных зубов г) вестибулярные первых постоянных моляров д) вестибулярные первых премоляров</p>	<p>в)</p>
<p>С ПОМОЩЬЮ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ИГР-У ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ</p> <p>а) степень тяжести зубочелюстных аномалий б) степень воспаления десны в) кровоточивость десневой борозды г) наличие зубного налёта и зубного камня</p>	<p>г)</p>
<p>ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ</p> <p>а) заведующим отделением б) регистратором в) врачом-стоматологом г) статистиком д) медсестрой</p>	<p>д)</p>

<p>ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ РЕБЁНКА НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ</p> <p>а) с 1 года б) в период прорезывания первыхвременных зубов в) в период прорезывания первыхпостоянных зубов г) у первоклассников д) у детей старшего дошкольного возраста</p>	<p>а)</p>
<p>ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТРАЗДЕЛ</p> <p>а) оценки квалификации нестоматологического персонала б) выбора методов и средств в) определения противопоказаний дляпрофилактических средств г) оценки образовательного уровнянаселения д) оценки общего уровня здоровьянаселения</p>	<p>б)</p>
<p>НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТРДЕТИ И ВЗРОСЛЫЕ ДОЛЖНЫ ПРИХОДИТЬ 1 РАЗ В</p> <p>а) год б) месяц в) 6 месяцев г) 3 месяца д) 4 месяца</p>	<p>в)</p>
<p>ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТАДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ В ФОРМЕ</p> <p>а) лекции б) урока в) беседы г) игры д) информационного стенда</p>	<p>г)</p>
<p>ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ</p> <p>а) разобшение прикуса в боковых отделах б) покрытие зубов фторидсодержащим</p>	<p>д)</p>

<p>лаком в) реминерализирующая терапия г) герметизация фиссур д) рациональная гигиена полости рта</p>	
<p>1. ПОВЫШЕННАЯ ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА ОТРИЦАТЕЛЬНО ВЛИЯЕТ НА</p> <p>а) пищеварительную систему б) систему терморегуляции в) сердечно-сосудистую систему г) водно-солевой обмен д) опорно-двигательную систему</p>	б)
<p>2. В ПОМЕЩЕНИИ НАИБОЛЬШЕЕ ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ а) максимальной и абсолютной влажности</p> <p>б) абсолютной влажности в) относительной и максимальной влажности г) относительной влажности д) физиологического дефицита насыщения</p>	г)
<p>3. К ОРГАНОЛЕПТИЧЕСКИМ СВОЙСТВАМ ВОДЫ ОТНОСЯТСЯ а) запах;</p> <p>б) запах, вкус; в) запах, вкус, цветность; г) запах, вкус, цветность, мутность; д) запах, вкус, цветность, мутность, жесткость</p>	г)
<p>4. СИМПТОМ ПЯТНИСТОСТИ ЭМАЛИЗУБОВ ХАРАКТЕРЕН ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ СПОВЫШЕННОЙ КОНЦЕНТРАЦИЕЙ</p> <p>а) кальция б) стронция в) свинца г) нитратов д) Фтора</p>	д)
<p>5. ОСНОВОЙ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ВЛИЯНИЯ АТМОСФЕРНЫХ ЗАГРЯЗНЕНИЙ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЛИТЕЛЬНОГО РЕЗОРБИТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) максимально разовая ПДК б) среднесуточная ПДК в) фоновая концентрация загрязнений г) ПДК в воздухе рабочей зоны д) среднесменная ПДК</p>	б)
<p>6. ПРИЧИНОЙ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПОЧВЫ ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ВНЕСЕНИЕ В ПОЧВУ</p> <p>а) пестицидов</p>	г)

<p>б) калийных удобрений в) фосфорных удобрений г) полимикродобрений д) азотных удобрений</p>	
<p>7. ПОПАДАНИЕ В РАНУ ЧЕЛОВЕКА ЗАГРЯЗНЕННОЙ ПОЧВЫ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ПРИЧИНОЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ а) холерой б) сальмонеллезом в) столбняком г) туляремией д) бруцеллезом</p>	<p>в)</p>
<p>8. ИНДИКАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ВЕНТИЛЯЦИИ ПОМЕЩЕНИЙ ЖИЛЫХ И ОБЩЕСТВЕННЫХ ЗДАНИЙ СЛУЖИТ а) аммиак б) двуокись углерода в) окисляемость г) окислы азота д) пыль</p>	<p>б)</p>
<p>9. В ХОДЕ СБОРА АНАМНЕЗА И ОСМОТРА У ОБСЛЕДУЕМОГО ОТМЕЧЕНО: БЫСТРАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ, ГУБЫ БЛЕДНЫЕ ИСУХИЕ, СЛИЗИСТАЯ ПОЛОСТИ РТА ЦИАНОТИЧНАЯ, Фолликулярный ГИПЕРКЕРАТОЗ а) витамин А б) витамин В2 в) витамин В6 г) витамин В12 д) витамин С</p>	<p>д)</p>
<p>10. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОЛИКЛИНИКИ РАЗМЕЩАЮТ: а) в подвальных и полуподвальных помещениях; б) в отдельных типовых корпусах в) в корпусах заводов и фабрик (встроенный вариант) г) на территории многопрофильных больниц д) в лечебных корпусах многопрофильных больниц</p>	<p>б)</p>
<p>11. ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТАХ ЯВЛЯЮТСЯ а) пациенты с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области б) больные сифилисом, гепатитом В, СПИДом, герпесом и др. в) носители патогенных возбудителей из</p>	<p>в)</p>

<p>числа пациентов г) носители патогенных возбудителей из числа персонала д) животные и насекомые</p>	
<p>12. МАТЕРИАЛЫ И ИНСТРУМЕНТЫ, ПРЕДМЕТЫ, ЗАГРЯЗНЕННЫЕ КРОВЬЮ И/ЛИ ДРУГИМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ЖИДКОСТЯМИ, ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ: а) В б) Б в) Г г) Д</p>	<p>б)</p>
<p>13. МИНИМАЛЬНАЯ ОСВЕЩЁННОСТЬ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТАХ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛЮМИНЕСЦЕНТНЫХ ЛАМП, ЛК: а) 100 б) 200 в) 300 г) 400 д) 500</p>	<p>д)</p>
<p>14. РАБОТА ПО ПОДБОРУ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ (КОРОНОК) ДОЛЖНА ПРОИЗВОДИТЬСЯ: а) при люминесцентном освещении или при лампах накаливания с уровнем освещённости не менее 1500 лк б) при люминесцентном освещении с уровнем не менее 1000 лк в) при люминесцентном освещении с уровнем не менее 500 лк г) при лампах накаливания с уровнем освещённости не менее 500 лк д) при лампах накаливания с уровнем освещённости не менее 1000 лк</p>	<p>б)</p>
<p>15. БОКС – ЭТО КОМПЛЕКС ПОМЕЩЕНИЙ, ВКЛЮЧАЮЩИЙ а) входной тамбур с улицы, санузел, палату, шлюз б) входной тамбур с улицы, санузел с ванной, вход в отделение через центральный коридор для связи персонала с больным в) входной тамбур с улицы, санузел с ванной, палату, шлюз, вход в отделение через центральный коридор для связи персонала с больным г) палату, шлюз, санузел с ванной, вход в отделение через центральный коридор д) входной тамбур с улицы, палату</p>	<p>в)</p>
<p>16. В СООТВЕТСТВИИ С НОРМАМИ ПЛОЩАДЬ В КАБИНЕТЕ НА</p>	<p>г)</p>

<p>ОСНОВНОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ КРЕСЛО ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (М²)</p> <p>а) 4 б) 7 в) 10 г) 14 д) 20</p>	
<p>17. В СООТВЕТСТВИИ С НОРМАМИ ПЛОЩАДЬ В КАБИНЕТЕ НА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ КРЕСЛО ДОЛЖНА БЫТЬ (М²)</p> <p>а) 4 или 7 б) 7 или 10 в) 14 или 20 г) 18 или 25 д) 25 и более</p>	б)
<p>18. ГДЕ ИЗМЕРЯЕТСЯ ОБЩАЯ ИСКУССТВЕННАЯ ОСВЕЩЁННОСТЬ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ а)</p> <p>в первом ряду кресел б) во втором ряду кресел в) в каждом ряду кресел г) в центре стоматологического кабинета д) в самом «светлом» и самом «тёмном» местах</p>	в)
<p>19. ПРАВИЛЬНАЯ ЦВЕТОВАЯ ОТДЕЛКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ ВАЖНА В РАБОТЕ СТОМАТОЛОГОВ ПРИ</p> <p>а) диагностике заболеваний зубов и слизистых оболочек полости рта б) пломбировании зубов, особенно фотополимерами в) подборе цвета искусственных зубов для протезирования г) выявлении стоматологических заболеваний, сопровождающихся появлением иктеричности кожи и слизистых оболочек д) цветовая отделка не имеет значения</p>	б)
<p>20. ПРИ РАБОТЕ СО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ИНСТРУМЕНТАМИ, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩИМИ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМИ КИСТИ, МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <p>а) невриты, невралгии б) тендовагиниты, болезнь Дипюитрена</p>	б)

<p>в) тендовагиниты г) миозиты, артралгии д) болезнь Дипьюитрена</p>	
<p>ИЗБЫТОК МОНОМЕРА ВЛИЯЕТ НА РЕЗУЛЬТАТ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ ПЛАСТМАССЫ а) увеличивает усадку б) снижает усадку в) не влияет г) увеличивает плотность д) снижает плотность</p>	а)
<p>К ПЛАСТМАССАМ ДЛЯ НЕСЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ а) Синма-74, Синма-М б) редонт в) протакрил г) акрил, бакрил д) фторакс</p>	а)
<p>БАЗИСНЫЕ ПЛАСТМАССЫ ЭТО а) этакрил, акрил, бакрил, фторакс б) стадонт, акрилоксид, норакрил в) ортопласт, эластопласт, ортосил-М г) протемп, синма-М д) этакрил, ортосил-М, синма-М</p>	а)
<p>ПРИ УСКОРЕНИИ РЕЖИМА ПОЛИМЕРИЗАЦИИ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения</p>	а)
<p>ПРИ ЗАТЯГИВАНИИ ПРОЦЕССА ФОРМОВКИ ПЛАСТМАССОВОГО ТЕСТА В КЮВЕТУ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения</p>	в)
<p>ПРИ ЗАКЛАДЫВАНИИ В КЮВЕТУ НЕДОЗРЕВШЕЙ ПЛАСТМАССЫ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения</p>	б)
<p>ЕСЛИ ДАВЛЕНИЕ НА ПЛАСТМАССУ ПОД ПРЕССОМ БОЛЬШЕ ДАВЛЕНИЯ В СТРУБЦИНЕ, МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ</p>	в)

<p>а) газовая б)гранулярнаяв) сжатия г) ослабленияд)напряжения</p>	
<p>ПРИ ФОРМОВКИ ПЛАСТМАССОВОГОТЕСТА В НЕОСТЫВШУЮ КЮВЕТУ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ</p> <p>а)газовая б)гранулярнаяв)сжатия г) ослабленияд)напряжения</p>	а)
<p>К БЫСТРОТВЕРДЕЮЩЕЙ (САМОТВЕРДЕЮЩЕЙ) ПЛАСТМАССЕОТНОСИТСЯ</p> <p>а)акронил б) редонт в)фторакс г)эладент д) Синма-М</p>	б)
<p>ЕСЛИ СРОК ПОЛИМЕРИЗАЦИИИБАЗИСНОЙ ПЛАСТМАССЫ УДЛИНИЛСЯ ВТРОЕ, ТО ОНА</p> <p>а) станет хрупкойб) станет вязкой в)побледнеет или обесцветится г)сохранит все свойствад)станет прочнее</p>	а)
<p>КОБАЛЬТОХРОМОВЫЕ СПЛАВЫ ОБЛАДАЮТ ФИЗИКО-МЕХАНИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ</p> <p>а) пластичностьюб) ковкостью в) упругостью г) высокой теплопроводностьюд) низкой теплопроводностью</p>	в)
<p>ПРОЧНОСТЬ ЗАТВЕРДЕВАЮЩЕГОГИПСА МОЖНО УВЕЛИЧИТЬ, ЗАМЕШАВ ЕГО НА</p> <p>а)горячей воде б) холодной воде в) 3% растворе буры г)3% растворе поваренной солид)растворе соды</p>	в)
<p>ПРОЧНОСТЬ ЗАТВЕРДЕВАЮЩЕГОГИПСА МОЖНО УМЕНЬШИТЬ, ЗАМЕШАВ ЕГО</p> <p>а) на 3% растворе поваренной солиб)с меньшим количеством воды в)на 3% растворе буры г)растворе соды д) на горячей воде</p>	а)
<p>ЗАТВЕРЖДЕНИЕ ГИПСА МОЖНО</p>	в)

<p>УСКОРИТЬ, ЗАМЕШАВ ЕГО НА</p> <p>а) горячей воде б) 5% растворе сахара в) 3% растворе селитры г) 5% растворе спирта д) 3% растворе буры</p>	
<p>ЯВЛЕНИЕ КОГЕЗИИ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЦЕМЕНТОВ - ЭТО</p> <p>а) низкая растворимость б) нейтральная реакция ПН в) механическое соединение споверхностями г) высокая степень упругостид) низкая степень упругости</p>	<p>в)</p>
<p>ДЛЯ КИСЛОТНОГО ПРОТРАВЛИВАНИЯ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ 30 – 40%КИСЛОТА</p> <p>а) саляная б) ортофосфорная в) фтористоводороднаяг) уксусная д) азотная</p>	<p>б)</p>
<p>ГИПСОВЫЕ ФОРМОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯОТЛИВКИ ЭЛЕМЕНТОВ КОНСТРУКЦИИ ИЗ</p> <p>а) золотых сплавов б) серебряных сплавов в) хромоникелевых сплавов г) хромокобальтовых сплавов д) никелид титановых сплавов</p>	<p>а)</p>
<p>ИСКУССТВЕННЫЕ ЗУБЫ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В ПРОТЕЗАХ МОГУТБЫТЬ</p> <p>а) пластмассовымиб) фарфоровыми в) пластмассовыми и фарфоровыми г) пластмассовыми, фарфоровыми,металлическими д) фарфоровыми и металлическими</p>	<p>г)</p>
<p>ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКОЙ ПАМЯТЬЮОБЛАДАЮТ СПЛАВЫ НА ОСНОВЕ</p> <p>а) никеля и хрома б) кобальта и хромав) кобальта г) никеля хрома и молибденад) никелида титана</p>	<p>д)</p>
<p>МАТЕРИАЛЫ, ИЗУЧАЕМЫЕ В РАЗДЕЛАХ МАТЕРИАЛОВЕДЕНИЯПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА</p> <p>а) основные и вспомогательныеб) основные и клинические</p>	<p>в)</p>

<p>в) основные, вспомогательные и клинические</p> <p>г) основные и вспомогательные</p> <p>д) вспомогательные и клинические</p>	
<p>1. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ ИЗУЧАЕТ</p> <p>а) структурные особенности</p> <p>б) функции основных систем и органов</p> <p>в) метаболические процессы в организме</p> <p>г) проявления болезней</p> <p>д) общие закономерности возникновения, развития, течения и исходов болезней</p>	д)
<p>2. ДЛЯ ХРОМОСОМНЫХ БОЛЕЗНЕЙ</p> <p>ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) наследование по законам Менделя</p> <p>б) распространение «по вертикали»</p> <p>в) нарушение мейоза при гаметогенезе</p> <p>г) обязательно болен один из родителей</p> <p>д) развитие болезни только у гомозигот</p>	в)
<p>3. ГЛАВНЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ГЕМИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) уменьшение объемного кровотока</p> <p>б) затруднение диффузии O_2 через альвеолярно-капиллярную мембрану</p> <p>в) уменьшение кислородной емкости крови</p> <p>г) разобщение окисления и фосфорилирования</p> <p>д) уменьшение сердечного выброса</p>	в)
<p>4. ГЛАВНЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИПОКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) уменьшение объемного кровотока</p> <p>б) нарушение оксигенации венозной крови</p> <p>в) уменьшение кислородной емкости крови</p> <p>г) затруднение использования кислорода в клетке</p> <p>д) понижение парциального давления O_2 во вдыхаемом воздухе</p>	б)
<p>5. ГЛАВНЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ТКАНЕВОЙ ГИПОКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) уменьшение минутного объема крови</p> <p>б) затруднение оксигенации венозной крови</p> <p>в) уменьшение кислородной емкости крови</p> <p>г) затруднения использования O_2 в клетке</p> <p>д) понижение парциального давления O_2 во вдыхаемом воздухе</p>	г)

<p>6. ПРИ ИШЕМИИ СОСУДИСТОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ</p> <p>а) возрастает для притока б) возрастает для оттока в) понижается для притока г) понижается для оттока д) не изменяется</p>	<p>а)</p>
<p>7. ВОСПАЛЕНИЕ – ЭТО</p> <p>а) патологическая реакция б) патологическое состояние в) симптомокомплекс г) типовой патологический процесс д) болезнь</p>	<p>г)</p>
<p>8. ЛИХОРАДКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <p>а) физиологическую реакцию</p>	
<p>б) патологическую реакцию в) типовой патологический процесс г) патологическое состояние д) болезнь</p>	<p>в)</p>
<p>9. ОТЕК ЭТО</p> <p>а) скопление жидкости в интерстициальном водном секторе организма б) увеличение общего содержания жидкости в организме в) скопление жидкости в подкожной клетчатке г) увеличение жидкости в интраваскулярном водном секторе организма д) скопление жидкости в полостях тела</p>	<p>а)</p>
<p>10. ВОДЯНКА ЭТО</p> <p>а) скопление жидкости в интерстициальном водном секторе организма б) увеличение общего содержания жидкости в организме в) скопление жидкости в подкожной клетчатке г) увеличение жидкости в интраваскулярном водном секторе организма д) скопление жидкости в полостях тела</p>	<p>д)</p>
<p>11. КЕТОАЦИДЕМИЧЕСКАЯ КОМА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ</p> <p>а) гипернатриемии б) передозировке инсулина в) гипокальциемии г) гипергликемии д) гиперкетонемии</p>	<p>д)</p>

<p>12. ГИПЕРОСМОЛЯРНАЯ КОМА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ</p> <p>а) гипернатриемии б) передозировке инсулина в) гипокапнии г) гипергликемии д) гиперкетонемии</p>	<p>г)</p>
<p>13. АНЕМИЯ - ЭТО</p> <p>а) уменьшение объема циркулирующей крови б) уменьшение кислородной емкости крови в) уменьшение содержания лейкоцитов в единице объема крови г) уменьшение содержания эритроцитов и гемоглобина в единице объема крови д) уменьшение содержания кислорода в крови</p>	<p>г)</p>
<p>14. ЛЕЙКОЦИТОЗ – ЭТО</p>	
<p>а) уменьшение кислородной емкости крови б) увеличение числа лейкоцитов в единице объема крови в) уменьшение числа лейкоцитов в единице объема крови г) опухоль кровеносной ткани д) уменьшение содержания кислорода в крови</p>	<p>б)</p>
<p>15. МИОКАРДИАЛЬНАЯ ФОРМА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ</p> <p>а) клапанных пороков сердца б) артериальной гипертензии в) артериовенозного шунтирования крови г) коарктации аорты д) миокардитов</p>	<p>д)</p>
<p>16. ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ПЕРФУЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) нарушения нервной регуляции дыхания б) патологии грудной клетки в) патология дыхательных мышц и диафрагмы г) патологии дыхательных путей д) уменьшения общего кровотока в легких</p>	<p>д)</p>
<p>17. УКАЖИТЕ ПРОЯВЛЕНИЕ, ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ЗАДЕРЖКИ ЭВАКУАЦИИ ИЗ ЖЕЛУДКА</p> <p>а) гиперперистальтика кишечника б) желудочная метаплазия в) ощущение тяжести и распирания в эпигастрии г) диарея д) ацидофикация двенадцатиперстной кишки</p>	<p>в)</p>

<p>18. ТЕМНЫЙ ЦВЕТ МОЧЕ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ПРИДАЕТ</p> <p>а) прямой билирубин б) непрямой билирубин в) избыток уробилиногена г) избыток стеркобилиногена д) избыток мочевины</p>	<p>в)</p>
<p>19. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНЕМИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) снижение выработки простагландинов б) нарушение почечной реабсорбции в) снижение выработки эритропоэтина г) снижение выработки каллекреина д) снижение выработки натрийуретического пептида</p>	<p>в)</p>
<p>20. ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА</p> <p>а) снижение содержания калия в плазме крови б) повышение содержания кальция в плазме крови в) снижение содержания кальция в плазме крови г) повышение содержания натрия в плазме крови д) снижение содержания железа в плазме крови</p>	<p>б)</p>
<p>СОВОКУПНОСТЬ ОБЪЕКТОВ, ЯВЛЕНИЙ И ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ (ПРИРОДНОЙ И ИСКУССТВЕННОЙ) СРЕДЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ УСЛОВИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА ИМЕНУЕТСЯ</p> <p>а) качеством жизни населения; б) средой обитания человека; в) условиями жизни населения; г) вредными факторами; д) факторами риска.</p>	<p>б)</p>
<p>ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РОЖДАЕМОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ</p> <p>а) число родившихся за год живыми X 1000 / численность взрослого населения; б) число родившихся за год живыми X 10000 / численность взрослого населения; в) число родившихся за год живыми X 1000 / средняя численность населения; г) число родившихся живыми и мертвыми X 1000 / среднегодовая численность населения; д) число родившихся живыми X 1000 / численность детского населения.</p>	<p>в)</p>

<p>К ПОКАЗАТЕЛЯМ КАЧЕСТВА РАБОТЫ СТАЦИОНАРА ОТНОСЯТ</p> <p>а) частота расхождения диагнозов (клинических и патологоанатомических; амбулаторно-поликлинических и стационарных); своевременность госпитализации; частота осложнений;</p> <p>б) летальность; частота расхождения диагнозов (клинических и патологоанатомических; амбулаторно-поликлинических и стационарных); частота повторных госпитализаций;</p>	<p>в)</p>
<p>своевременность госпитализации; частота осложнений; удельный вес эндоскопических (малоинвазивных) вмешательств;</p> <p>в) летальность; частота повторных госпитализаций; частота осложнений; удельный вес эндоскопических (малоинвазивных) вмешательств;</p> <p>г) летальность; частота повторных госпитализаций; частота отказов в госпитализации; частота осложнений;</p> <p>д) летальность; частота расхождения диагнозов (клинических и патологоанатомических; амбулаторно-поликлинических и стационарных); частота повторных госпитализаций.</p>	
<p>СИСТЕМА ГРУППИРОВКИ БОЛЕЗНЕЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ОТРАЖАЮЩАЯ СОВРЕМЕННЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;</p> <p>б) классификатором болезней;</p> <p>в) международной классификацией болезней;</p> <p>г) справочником заболеваний; д) справочником болезней и патологических состояний.</p>	<p>а)</p>
<p>НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО:</p> <p>а) провести обработку материала;</p> <p>б) собрать материал для исследования; в) определить методы статистической обработки данных;</p> <p>г) составить план и программу исследования;</p> <p>д) определить источник информации.</p>	<p>г)</p>

<p>ЭКСТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, ИЛИ ПОКАЗАТЕЛЬ СТРУКТУРЫХАРАКТЕРИЗУЕТ</p> <p>а) распределения частей в целом; б) динамику явления в развитии; в) темп прироста показателей; г) наглядность показателей; д) соотношение частей в совокупности.</p>	<p>а)</p>
<p>ДЛЯ ИЗОБРАЖЕНИЯ СЕЗОННЫХ КОЛЕБАНИЙ ИЗУЧАЕМЫХ ЯВЛЕНИЙ, ИМЕЮЩИХ ЦИКЛИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР, ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>а) столбиковую диаграмму; б) радиальную диаграмму (лепестковую); в) картограмму;</p>	<p>б)</p>
<p>г) фигурную диаграмму; д) секторную диаграмму.</p>	
<p>МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ПРОДЛЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ</p> <p>а) до 2-х месяцев; б) до 4-х месяцев; в) до 6 месяцев; г) до 10 месяцев; д) до 12 месяцев.</p>	<p>б)</p>
<p>ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВЫПИСКЕ ИЗ СТАЦИОНАРА ВЫДАЕТСЯ</p> <p>а) в день поступления; б) в любой день во время госпитализации иза время госпитализации в стационар; в) в день выписки из стационара; г) при окончании нетрудоспособности; д) при обращении в поликлинику при предъявлении выписки.</p>	<p>в)</p>

<p>ПРОВЕРКИ СОБЛЮДЕНИЯ ПОРЯДКА ВЫДАЧИ, ПРОДЛЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЦЕЛЯХ ОЦЕНКИ ОБОСНОВАННОСТИ РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НА ВЫПЛАТУ ПОСОБИЙ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) руководителем медицинской организации; б) председателем врачебной комиссии; в) территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации; г) территориальными органами Росздравнадзора; д) территориальными органами Роспотребнадзора.</p>	<p>в)</p>
<p>ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОКАЗАНИЯ К ПРОДЛЕНИЮ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СВЫШЕ 15 ДНЕЙ</p> <p>а) заведующий отделением; б) врачебная комиссия; в) консилиум врачей; г) врач-эксперт; д) лечащий врач.</p>	<p>б)</p>
<p>ЗА 1 УЕТ ПРИНЯТ ОБЪЕМ РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА</p> <p>а) объем работы, на выполнение которого требуется 20 минут; б) первичный осмотр врача-стоматолога; в) восстановление зуба пломбой I класс по Блэку с использованием стоматологических цементов; г) объем работы, выполненный при приеме 1 пациента; д) объем работы, на выполнение которого требуется 60 минут.</p>	<p>а)</p>

<p>ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</p> <p>а) амбулаторная; специализированная, в том числе высокотехнологичная; скорая, в том числе скорая специализированная; паллиативная медицинская помощь;</p> <p>б) первичная медико-санитарная; специализированная, в том числе высокотехнологичная; скорая, в том числе скорая специализированная; паллиативная медицинская помощь;</p> <p>в) стационарная, первичная медико-санитарная; специализированная, в том числе высокотехнологичная; скорая, в том числе скорая специализированная;</p> <p>г) амбулаторная; специализированная, в том числе высокотехнологичная; паллиативная; скорая; санаторно-курортная;</p> <p>д) первичная медико-санитарная; специализированная, в том числе высокотехнологичная; паллиативная; скорая; санаторно-курортная; медицинская реабилитация.</p>	<p>б)</p>
<p>СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;</p> <p>б) в амбулаторных условиях и в условиях стационара на дому;</p> <p>в) в амбулаторных условиях и в условиях стационара;</p> <p>г) в условиях стационара и при медицинской эвакуации;</p> <p>д) по месту вызова скорой, в том числе специализированной медицинской помощи</p>	<p>а)</p>
<p>ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ БОЛЬНИЧНЫМИ КОЙКАМИ, ЯВЛЯЮТСЯ</p>	

<p>а) число коек на 1000 населения; структура коечного фонда; уровень госпитализации; удельный вес больных, госпитализированных по экстренным показаниям;</p> <p>б) структура коечного фонда; уровень госпитализации; удельный вес больных, госпитализированных по экстренным показаниям;</p> <p>в) число коек на 1000 населения; структура коечного фонда; удельный вес больных, госпитализированных по экстренным показаниям;</p> <p>г) структура коечного фонда; уровень госпитализации; удельный вес больных, госпитализированных по плановым показаниям;</p> <p>д) число коек на 1000 населения; структура коечного фонда; удельный вес больных, госпитализированных по экстренным показаниям; средний койко-день.</p>	<p>а)</p>
<p>ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЧИСЛОМ</p> <p>а) врачебных посещений;</p> <p>б) заболеваемостью (обращаемостью); в) диспансерных посещений в связи с заболеваемостью;</p> <p>г) профилактических осмотров; д) прикрепленного населения.</p>	<p>а)</p>
<p>ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СЕБЕСТОИМОСТИ ЛЮБОГО ВИДА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ГРУППИРОВКА ЗАТРАТ ПО ЭКОНОМИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ</p> <p>а) расходы на оплату труда; прямые материальные затраты; накладные расходы;</p> <p>б) расходы на оплату труда; начисления на заработную плату; прямые материальные затраты;</p> <p>в) расходы на оплату труда; начисления на заработную плату; прямые материальные затраты; накладные расходы;</p> <p>г) начисления на заработную плату; прямые материальные затраты;</p> <p>д) расходы на оплату труда; прямые материальные затраты.</p>	<p>в)</p>
<p>ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА</p>	

<p>И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ПОРЯДКЕ, УСТАНОВЛЕННОМ</p> <p>а) руководителем медицинской организации;</p> <p>б) профсоюзными организациями медицинских учреждений;</p> <p>в) общественными профессиональными медицинскими организациями;</p> <p>г) министерством здравоохранения Российской Федерации;</p> <p>д) отделом контроля качества и безопасности медицинской помощи.</p>	<p>а)</p>
<p>СОВОКУПНОСТЬ ХАРАКТЕРИСТИК, ОТРАЖАЮЩИХ СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРАВИЛЬНОСТЬ ВЫБОРА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СТЕПЕНЬ ДОСТИЖЕНИЯ ЗАПЛАНИРОВАННОГО РЕЗУЛЬТАТА СООТВЕТСТВУЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЮ</p> <p>а) качества медицинской помощи;</p> <p>б) адекватности медицинской помощи; в) доступности медицинской помощи в рамках программы госгарантий;</p> <p>г) эффективности медицинской помощи; д) безопасности пациента.</p>	<p>а)</p>
<p>ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ</p> <p>а) Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения; уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации; независимые, негосударственные аккредитованные организации;</p> <p>б) Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения; уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации; общественные профессиональные медицинские организации.</p> <p>в) Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации;</p> <p>г) Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения; уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации;</p> <p>д) уполномоченные органы</p>	<p>г)</p>

исполнительной власти субъектов Российской Федерации; общественные профессиональные медицинские организации.	
<p>НА КАЧЕСТВО СНИМКА ВЛИЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПАРАМЕТРЫ РЕНТГЕНОВСКОЙ КАССЕТЫ:</p> <p>А. материал корпуса Б. конструкция замка В. упругий материал прижима экранов Г. масса кассеты Д. размеры рентгеновской пленки</p>	а)
<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЛИНЕЙНОГО ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. обзорные (прямая и боковая) краниограммы</p>	в)
<p>Б. прицельные касательные рентгенограммы В. прицельные контактные рентгенограммы Г. прямые томограммы Д. полуаксиальные рентгенограммы</p>	
<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. увеличение размеров турецкого седла Б. остеопороз деталей седла В. повышенная пневматизация основной пазухи Г. понижение пневматизации основной пазухи Д. снижение пневматизации клеток решетчатой кости</p>	а)
<p>РЕНТГЕНОСКОПИЯ ЛЕГКИХ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ИЗУЧИТЬ:</p> <p>А. структуру корней легких Б. легочный рисунок В. подвижность диафрагмы Г. морфологию инфильтрата в легком Д. ширину межреберных промежутков</p>	в)
<p>ОСНОВОЙ СЕГМЕНТАРНОГО СТРОЕНИЯ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВЕТВЛЕНИЕ:</p> <p>А. бронхов Б. бронхов и легочных артерий В. легочных артерий, бронхов и легочных вен Г. легочных артерий и бронхов Д. легочных вен</p>	в)

<p>В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ШАРОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:</p> <p>А. величина Б. характер контуров В. отсутствие известковых включений Г. наличие полости распада Д. локализация тени</p>	б)
<p>ВНУТРИГРУДНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ – ЭТО ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ</p> <p>А. переднего средостения Б. центрального и заднего средостения В. корней легких Г. корней легких и средостения Д. заднего средостения</p>	г)
<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК НАПРЯЖЕННОГО КЛАПАННОГО</p>	в)
<p>ПНЕВМОТОРАКСА</p> <p>А. повышение прозрачности легочного поля Б. низкое положение купола диафрагмы В. смещение средостения в противоположную сторону Г. «взрывная» пульсация сердца Д. мягкотканная эмфизема</p>	
<p>ИЗМЕНЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ РАЗВИТИЕМ ФИБРОЗНОЙ ТКАНИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ И АТРОФИЕЙ ГЛАДКОЙ МУСКУЛАТУРЫ, ИМЕЮТ МЕСТО ПРИ:</p> <p>А. системной красной волчанке Б. узелковом периартериите В. склеродермии Г. исходе воспалительных процессов Д. рубцово-язвенной деформацией луковицы 12-перстной кишки</p>	в)
<p>ПРИ ПАРЕЗЕ ГЛОТКИ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ВАЛЛЕКУЛЫ И ГРУШЕВИДНЫХ СИНУСОВ</p> <p>А. не заполняются Б. быстро опорожняются В. длительно заполнены бариевой взвесью, расширены Г. деформированы Д. заполняются фрагментарно</p>	в)

<p>ЛУКОВИЦА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ДЕФОРМИРОВАНА В ВИДЕ ТРИЛИСТНИКА. ЯЗВЕННУЮ НИШУ (ИЛИ ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ «ЦЕЛУЮЩИЕСЯ ЯЗВЫ») СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ А. в основании луковицы Б. на вершине луковицы В. в центре луковицы Г. в карманах луковицы Д. в привратнике желудка</p>	<p>в)</p>
<p>К ПРЯМЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АБСЦЕССА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОТНОСЯТ А. ограниченное затемнение брюшной полости Б. смещение органов, окружающих участок затемнения В. ограниченный парез соседних кишечных петель Г. горизонтальный уровень жидкости в ограниченной полости Д. единичные обезызвращения по ходу толстого кишечника)</p>	<p>г)</p>
<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ А. при выявлении рака молочной железы Б. при дифференциальной диагностике рака и доброкачественных опухолей молочной железы В. при дифференциальной диагностике кистозных и солидных патологических образований Г. при дифференциальной диагностике кист, доброкачественных и злокачественных образований Д. при опухолях щитовидной железы</p>	<p>в)</p>
<p>СИМПТОМ «АМПУТАЦИИ» КОРНЕЙ ЛЕГКИХ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ А. стенозе устья аорты Б. недостаточности аортального клапана В. митральном стенозе с высокой легочной гипертензией Г. коарктации аорты Д. остром бронхите</p>	<p>в)</p>
<p>ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ КТ- ПРИЗНАК РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ (ПРИ НАТИВНОМ ИССЛЕДОВАНИИ) А. очаг кальциноза в просвете аорты Б. утолщение, дезорганизованность стенки аорты В. неоднородность просвета аорты Г. резкое увеличение диаметра аорты Д. утолщение стенки левого желудочка</p>	<p>а)</p>

<p>ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЮ МОЖЕТ ПОДВЕРГАТЬСЯ А. хондроматоз костей Б. мраморная болезнь В. несовершенный остеогенез Г. спондило-эпифизарная дисплазия Д. рахит</p>	<p>а)</p>
<p>ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ОСТИТА ХАРАКТЕРНЫ А. деструкция костной ткани Б. периостальная реакция В. регионарный остеопороз Г. атрофия кости Д. хондроматоз</p>	<p>а)</p>
<p>НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПАПИЛЛИТЕ ДАЕТ А. экскреторная урография Б. ретроградная пиелография В. томография Г. ангиография Д. обзорная рентгенограмма почек</p>	<p>б)</p>
<p>У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ БРОНХИТЕ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВЫРАЖЕНА БОЛЬШЕ, ЧЕМ ПРИ ПНЕВМОНИИ, ТАК КАК А. бронхит - локализованный процесс Б. бронхит сочетается с пневмонией В. бронхит у детей раннего возраста всегда имеет диффузное распространение Г. при бронхите поражаются крупные бронхи Д. при бронхите поражаются только мелкие бронхи</p>	<p>б)</p>
<p>1. ОСТРАЯ АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА, КОТОРАЯ РАЗВИВАЕТСЯ НА ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА НАЗЫВАЕТСЯ: а) Контактный дерматит;</p>	<p>б)</p>
<p>б) Анафилактический шок; в) Ревматоидный артрит; г) Тромбоцитопеническая пурпура; д) Язвенная болезнь желудка.</p>	

<p>2. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ –ЭТО:</p> <p>а) неспособность обеспечивать адекватное кровоснабжение органов и тканей;</p> <p>б) состояние, характеризующееся стойким повышением артериального давления;</p> <p>в) состояние, характеризующееся нарушением сердечного ритма;</p> <p>г) состояние, характеризующееся понижением сосудистого сопротивления; д) состояние, характеризующееся снижением симпатической иннервации сердца и уменьшением образования катехоламинов.</p>	<p>а)</p>
<p>3. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ:</p> <p>а) блокируют проведение боли в ЦНС; б) активируют противоболевую систему; в) тормозят выделение медиаторов боли;</p> <p>г) блокируют проведение боли чувствительным нервам; д) блокируют проведение боли в мышцах.</p>	<p>Г)</p>
<p>4. ВИД ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, ПОДАВЛЯЕМЫЙ МЕСТНЫМИ АНЕСТЕТИКАМИ:</p> <p>а) температурная чувствительность; б) тактильная чувствительность;</p> <p>в) болевая чувствительность; г) холодовая чувствительность; д) вибрационная чувствительность.</p>	<p>в)</p>
<p>5. МЕХАНИЗМ УМЕНЬШЕНИЯ ТОКСИЧНОСТИ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ:</p> <p>а) усиление всасывания с места введения; б) ускорение метаболизма;</p> <p>в) увеличение экскреции; г) уменьшение всасывания с места введения; д) увеличение дозы.</p>	<p>г)</p>
<p>6. ВЛИЯНИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ НА ИОННЫЕ КАНАЛЫ:</p> <p>а) блокируют калиевые каналы; б) блокируют кальциевые каналы; в) активируют калиевые каналы;</p> <p>г) блокируют натриевые каналы; д) активируют натриевые каналы.</p>	<p>г)</p>
<p>7. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ:</p> <p>а) изосорбида мононитрат внутрь;</p>	

<p>б) нитроглицерин в таблетках под язык;в) пластырь с нитроглицерином; г) β-адреноблокаторы; д) блокаторы кальциевых каналов.</p>	б)
<p>8. К М-ХОЛИНОМИМЕТИКАМОТНОСИТСЯ: а) скополамин; б) пилокарпин; в) неостигмин; г) тропикамид;д) пирензепин.</p>	б)
<p>9. БРОНХОСЕЛЕКТИВНЫМ М-ХОЛИНОБЛОКАТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ: а) ипратропия бромид;б) атропина сульфат; в) пилокарпина гидрохлорид;г) пирензепин; д) гастрозепин.</p>	а)
<p>10. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АНТИХОЛИНЭСТЕРАЗНЫХ СРЕДСТВ: а) усиливают высвобождениеацетилхолина в синаптическую щель; б) тормозят обратный нейрональныйзахват ацетилхолина; в) увеличивают синтез ацетилхолина; г) препятствуют инактивацииацетилхолина в синаптической щели; д) ингибирование моноаминооксидазы.</p>	г)
<p>11. КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫЙ β-1АДРЕНОМИМЕТИК: а) изопреналин; б) норэпинефрин;в) добутамин; г) клонидин; д) тропикамид.</p>	в)
<p>12. ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙМЕСТНО МОЖНО ПРИМЕНИТЬ: а) добутамин;б) эфедрин; в) клонидин; г) фенилэфрин;д) гепарин.</p>	г)
<p>13. В КАЧЕСТВЕ АНТИАГРЕГАНТАПРИМЕНЯЕТСЯ: а) парацетамол; б) ацетилсалициловая кислота;в) кеторолак; г) ибупрофен; д) клиндамицин.</p>	б)
<p>14. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕПАРАЦЕТАМОЛА МОЖЕТ БЫТЬ: а) агранулоцитоз;б) синдром Рейе;</p>	г)

<p>в) кровоточивость; г) повреждение гепатоцитов;д) угнетение дыхания.</p>	
<p>15. АНТАГОНИСТ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ НАРКОТИЧЕСКИМИ АНАЛЬГЕТИКАМИ: а) флумазенил;б) цититон; в) клонидин;г) налоксон;д) диазепам.</p>	г)
<p>16. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯНАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ: а) ингибируют ЦОГ; б) активируют фосфолипазу; в) активируют опиоидные рецепторы; г) уменьшают синтез медиаторов боли; д) блокируют опиоидные рецепторы.</p>	в)
<p>17. В ОСНОВЕ ПРИВЫКАНИЯ К НАРКОТИЧЕСКИМ АНАЛЬГЕТИКАМЛЕЖИТ: а) эйфория; б) уменьшение синтеза эндогенныхопиоидных пептидов; в) кумуляция; г) ускорение метаболизма препаратов в печени; д) угнетение дыхания.</p>	б)
<p>18. СПЕКТР ДЕЙСТВИЯНИТРОМИДАЗОЛОВ: а) анаэробные кокки;б) пневмококки; в) стафилококки;г) сальмонеллы; д) возбудитель чумы.</p>	а)
<p>19. К β-ЛАКТАМНЫМАНТИБИОТИКАМ ОТНОСЯТСЯ: а) макролиды; б) гликопептиды;в) полимиксины; г) цефалоспорины;д) фторхинолоны</p>	г)
<p>20. ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТГЕНТАМИЦИНА: а) нефротоксическое действие;б) бессонница, тремор; в) сонливость, заторможенность; г) нарушение формирования костей;д) «серый» синдром новорожденных.</p>	а)
<p>ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МТА ЯВЛЯЕТСЯ а) перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 ч. после травмы б) перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 ч. после травмы в) хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном однокорневом зубе</p>	а)

<p>г) любая форма пульпита во временных однокорневых зубах со сформированными корнями</p> <p>д) хронический фиброзный пульпит</p>	
<p>ПРИ АПИКОЭКТОМИИ С РЕТРОГРАДНЫМ ПЛОМБИРОВАНИЕМ КОРНЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ</p> <p>а) машинных Ni-Ti файлов</p> <p>б) ультразвуковых насадок</p> <p>в) 5% р-ра гипохлорита натрия</p> <p>г) системы Термафил</p> <p>д) фосфат-цемента</p>	б)
<p>ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОДОНТИТЕ В СТАДИИ ИНТОКСИКАЦИИ</p> <p>а) удалить коронковую и корневую пульпу, провести хемо-механическую обработку канала, запломбировать канал пастой с глюкокортикоидами и антибиотиками под временную пломбу</p> <p>б) удалить коронковую и корневую пульпу, провести хемо-механическую обработку канала, запломбировать канал пастой с глюкокортикоидами и антибиотиками под постоянную пломбу</p> <p>в) удалить коронковую и корневую пульпу, провести хемо-механическую обработку канала, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания</p> <p>г) раскрыть полость зуба, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания</p> <p>д) удалить коронковую и корневую пульпу, провести хемо-механическую обработку канала, запломбировать канал цинк-оксид эвгеноловой пастой под временную пломбу</p>	а)
<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) оставление зуба открытым в первое посещение</p> <p>б) механическая и медикаментозная обработка канала с последующим пломбированием</p> <p>в) выведение зуба из окклюзии</p> <p>г) применение одного из импрегнационных методов</p> <p>д) проведение апикоектомии</p>	б)
<p>ДЛЯ АПЕКСИФИКАЦИИ И АПЕКСОГЕНЕЗА В КАЧЕСТВЕ КОРНЕВОЙ ПЛОМБЫ В АПИКАЛЬНЫХ 3-4 ММ КОРНЕВОГО КАНАЛА НЕОБХОДИМО ВЫБРАТЬ</p> <p>а) разогретую гуттаперчу</p> <p>б) йодоформную пасту</p> <p>в) цинк-эвгеноловую пасту</p> <p>г) резорцин-формалиновую пасту</p> <p>д) МТА</p>	д)
<p>ЧТОБЫ СНИЗИТЬ РИСК ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРФОРАЦИИ ИСКРИВЛЕННОГО КАНАЛА НЕОБХОДИМО</p> <p>а) заранее согнуть кончик инструмента перед введением в канал</p> <p>б) выбрать инструмент соответственно толщине канала</p> <p>в) отказаться от расширения канала</p> <p>г) воспользоваться только химическими средствами расширения канала</p> <p>д) воспользоваться ультразвуковой насадкой</p>	а)
<p>ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ИРРИГАЦИИ В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ НЕОБХОДИМО ВЫБРАТЬ</p> <p>а) К-файлы большого размера</p> <p>б) К-файлы небольшого размера</p> <p>в) Н-файлы небольшого размера</p> <p>г) гладкие файлы ESI (EMS), IRRIS (VDW)</p> <p>д) ультразвуковые насадки с алмазным покрытием</p>	г)

<p>ОБТУРАЦИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ СИСТЕМОЙ ТЕРМАФИЛ ПРЕДПОЛАГАЕТ ВВЕДЕНИЕ В КАНАЛ</p> <p>а) разогретой гуттаперчи на полимерной основе б) одного центрального штифта в) нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением г) пломбировочного материала пастообразной консистенции д) разогретой гуттаперчи на каналонаполнителе</p>	а)
<p>ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ УСТЬЕВ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>а) шаровидный бор б) фиссурный бор в) пиковидный бор г) H-file д) Gates-glidden</p>	д)
<p>ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБА 26 НАИБОЛЬШИЕ ТРУДНОСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ КАНАЛ</p> <p>а) дистальный щечный б) дистальный небный в) мезиальный щечный г) мезиальный небный д) язычный</p>	в)
<p>СПОСОБ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ХОЛОДНОЙ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ ПРЕДПОЛАГАЕТ ВВЕДЕНИЕ В КАНАЛ</p> <p>а) нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением б) разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе в) одного центрального штифта г) пломбировочного материала пастообразной консистенции д) разогретой гуттаперчи на каналонаполнителе</p>	а)
<p>НАИБОЛЬШЕЙ КОНУСНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ:</p> <p>а) K-rimer б) K-file в) H-file г) ProFile д) K-flexofile</p>	г)
<p>ИЗ НИКЕЛЬ-ТИТАНОВОГО СПЛАВА ИЗГОТАВЛИВАЮТ</p> <p>а) K-rimer б) K-file в) H-file г) Gates-glidden д) Pro-Taper</p>	д)
<p>ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ВЕРТИКАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>а) спредееры б) H-файлы в) пульпоэкстракторы г) плагеры д) корневые иглы</p>	г)
<p>НАИМЕНЬШИЙ КОЭФФИЦИЕНТ ПЕРИАПИКАЛЬНОГО РАССАСЫВАНИЯ ДАЕТ МЕТОД ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ</p> <p>а) гидроокиси кальция б) центрального штифта в) пасты г) серебряных штифтов</p>	д)

д) системы «Термафил»	
ПРИ ИРРИГАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКА В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ ВОЗНИКАЕТ ЯВЛЕНИЕ а) аспирации б) трансформации в) сенсбилизации г) микростриминга д) микробрашинга	г)
ЭФФЕКТ КАВИТАЦИИ ПРИ ИРРИГАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКА БОЛЬШЕ ПРИ КОНУСНОСТИ КОРНЕВОГО КАНАЛА а) 1% б) 2% в) 3% г) 4% д) 6%	д)
ПРИ ИРРИГАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКА ВЕРОЯТНОСТЬ ПОЛОМКИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАСАДКИ БОЛЬШЕ ПРИ КОНУСНОСТИ КОРНЕВОГО КАНАЛА а) 2% б) 3% в) 4% г) 6% д) 8%	а)
ФАЙЛЫ Mtwo И ПРОТЕЙПЕР РАБОТАЮТ В НАКОНЕЧНИКЕ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕМ а) возвратно-поступательные движения б) возвратно-вращательные движения в секторе 90 градусов в) полное вращение с понижающей скоростью г) реципрокное движение д) ключющие движения	в)
ПРИ УДАЛЕНИИ ОТЛОМКА ИНСТРУМЕНТА В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДВИГАТЬСЯ НАСАДКОЙ а) по часовой стрелке б) против часовой стрелки в) не касаясь инструмента г) упираясь в инструмент д) возвратно-поступающими движениями	б)
МАКСИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРОВ ФТОРИДА НАТРИЯ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ а) 2% б) 0,2% в) 0,02% г) 0,002% д) 1%	в)
ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ а) цинк б) натрий, магний в) йод, бром г) железо, стронций д) кальций, фтор	д)
ГИПОХЛОРИТ НАТРИЯ ДЛЯ ИРРИГАЦИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА	а)

<p>ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КОНЦЕНТРАЦИИ</p> <p>а) 2,5-3%</p> <p>б) 0,5-1%</p> <p>в) 10-15%</p> <p>г) 20 %</p> <p>д) 2%</p>	
<p>КОНЦЕНТРАЦИЯ ПЕРЕКИСИ КАРБАМИДА ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО («ОФИСНОГО») ОТБЕЛИВАНИЯ</p> <p>а) 30-35 %</p> <p>б) 5-7 %</p> <p>в) 10-12 %</p> <p>г) 35-40 %</p> <p>д) 20 %</p>	а)
<p>ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ</p> <p>а) антисептиков</p> <p>б) противовирусных препаратов</p> <p>в) протеолитических ферментов</p> <p>г) обезболивающих средств</p> <p>д) антибиотиков</p>	б)
<p>ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <p>а) эфир</p> <p>б) раствор Шиллера-Писарева</p> <p>в) физиологический раствор</p> <p>г) хлоргексидин</p> <p>д) гепарин</p>	г)
<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ВЗРОСЛЫХ РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА АЦИКЛОВИРА</p> <p>а) 500 мг 1 раз в день</p> <p>б) 200 мг 5 раз в день</p> <p>в) 250 мг 2 раза в день</p> <p>г) 100 мг 3 раза в день</p> <p>д) 50 мг 2 раза в день</p>	б)
<p>К ПРЕПАРАТАМ, ОБЛАДАЮЩИМ ОДОНТОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ОТНОСЯТ</p> <p>а) содержащие гидроокись кальция</p> <p>б) сульфаниламидные</p> <p>в) кортикостероидные</p> <p>г) протеолитические ферменты</p> <p>д) анаболики</p>	а)
<p>К НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ (НПВП), ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИНГИБИРУЮЩИМ ЦОГ-2, ОТНОСЯТ</p> <p>а) Напроксен</p> <p>б) Кетонал</p> <p>в) Ибупрофен</p> <p>г) Мовалис</p> <p>д) Индометацин</p>	г)
<p>ПРИ ПОДСЧЕТЕ ИНДЕКСА РМА ДЕСНУ ОКРАШИВАЮТ</p> <p>а) раствором Шиллера-Писарева</p> <p>б) метиленовым синим</p> <p>в) бриллиантовым зеленым</p> <p>г) эритрозином</p> <p>д) фуксином</p>	а)
<p>ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАНДИДОЗА НИСТАТИН НАЗНАЧАЮТ ПРИ</p>	г)

<p>ЛЕЧЕНИИ</p> <p>а) анальгетиками б) противовирусными в) антигистаминными г) антибиотиками д) НПВС</p>	
<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННОГО НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ АПИКАЛЬНЫХ 3 ММ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <p>а) паста с содержанием метронидазола б) иодоформная паста в) МТА г) резорцин-формалиновая паста д) гормональная пасты</p>	в)
<p>МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ЭКЗЕМАТОЗНОГО ХЕЙЛИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ</p> <p>а) гигиенической губной помады б) мази «Оксикорт» в) мази «Клотримазол» г) мази «Ацикловир» д) мази/геля «Солкосерил»</p>	б)
<p>ТЕРАПИЯ КАНДИДОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА</p> <p>а) Нимесулид б) Клотримазол в) Валцикловир г) Индометацин д) Оксолин</p>	б)
<p>ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ПРИ РАЗВИВШЕЙСЯ СТАДИИ ПАРОДОНТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР</p> <p>а) 40% формалина б) 1 % р-р йода в) 0,2 % хлоргексидина г) 2% р-р метиленового синего д) 1: 5000 фурацилина</p>	в)
<p>ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ ДЛЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПОВЯЗОК ПРИМЕНЯЮТ МАЗЬ</p> <p>а) 5 % синтомициновую б) 0,25 % оксолиновую в) 2 % неомициновую г) 5 % бутадионовую д) 1% ланолиновую</p>	г)
<p>СПОСОБСТВУЕТ ГИПОСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И БЫСТРО УЛУЧШАЕТ САМОЧУВСТВИЕ БОЛЬНОГО МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМОЙ</p> <p>а) внутривенное введение тиосульфата натрия б) курс антибиотиков широкого спектра действия в) противовирусные препараты внутрь и местно г) растворы натрия салицилата в возрастной дозировке д) аскорбиновая кислота в таблетках</p>	а)
<p>К РЕМИССИИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ПРИВОДИТ ЛЕЧЕНИЕ</p> <p>а) транквилизаторами б) антибиотиками в) кортикостероидами г) противогрибковыми д) кератопластическими средствами</p>	в)

<p>ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МЫШЬЯКОВИСТОГО ПЕРИОДОНТИТА НЕОБХОДИМЫ</p> <p>а) антитоды б) ферменты в) антибиотики г) хлорсодержащие препараты д) антисептики</p>	а)
<p>АНТИСЕПТИКОМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) раствор хлоргексидина 0,2% б) раствор хлорамина 1% в) раствор перекиси водорода 6% г) раствор йодида калия 3% д) 1:5000 фурацилин</p>	а)
<p>ДЕОНТОЛОГИЯ В СТОМАТОЛОГИИ РАССМАТРИВАЕТ ПРОБЛЕМЫ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ</p> <p>а) врача и пациента б) врача и врача в) врача и среднего медперсонала г) среднего и младшего медперсонала д) всех вышеперечисленных лиц</p>	д)
<p>СОБЛЮДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ НЕОБХОДИМО ДЛЯ</p> <p>а) защиты внутреннего мира человека, его автономии б) защиты социальных и экономических интересов личности в) создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач-пациент» г) поддержания престижа медицинской профессии д) всего перечисленного</p>	д)
<p>ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ У ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПОРИЦАЕТСЯ</p> <p>а) поставить в известность пациента о случившемся б) приступить к устранению ошибки или осложнения в) провести необходимое сопутствующее лечение г) отметить факт случившегося в истории болезни д) скрыть от пациента случившийся факт</p>	д)
<p>ПАКЕТЫ ДЛЯ СБОРА ОТХОДОВ КЛАССА Б ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ МАРКИРОВКУ</p> <p>а) желтого цвета б) белого цвета в) чёрного цвета г) красного цвета д) синего цвета</p>	а)
<p>МИНИМАЛЬНЫЙ РАДИУС ЗАГРЯЗНЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ОТ МЕСТА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) 0,5 м б) 1 м в) 1,5 м г) 2,0 м д) 3,0 м</p>	д)
<p>ОБЛАДАЮТ УСТОЙЧИВОСТЬЮ К ВИРКОНУ</p> <p>а) кокки б) вирусы гепатита в) ВИЧ г) грибы рода Candida д) туберкулёзные палочки</p>	д)

<p>НАБЛЮДАЕТСЯ УСТОЙЧИВОСТЬ К ВИРКОНУ</p> <p>а) ВИЧ б) спор в) кокков г) вирусов гепатита д) грибов рода Candida</p>	б)
<p>К ХЛОРГЕКСИДИНА БИГЛЮКОНАТУ МЕНЕЕ ВСЕГО ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ</p> <p>а) кокки б) вирусы гепатита в) ВИЧ г) грибы рода Candida д) споры</p>	д)
<p>ОБЛАДАЮТ УСТОЙЧИВОСТЬЮ К ХЛОРГЕКСИДИНУ</p> <p>а) кокки б) грибы рода Candida в) туберкулёзные палочки г) ВИЧ д) вирусы гепатита</p>	в)
<p>ХИМИЧЕСКИЙ СПОСОБ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ</p> <p>а) зеркал б) зондов в) ватных валиков г) боров д) пинцетов</p>	а)
<p>ЗАПРЕЩАЕТСЯ ДЕЗИНФИЦИРОВАТЬ НАКОНЕЧНИК</p> <p>а) двукратным протиранием 3 % раствором хлорамина б) помещением в тоннель терминатора в) двукратным протиранием 2 % раствором виркона г) погружением в тройной раствор на 45 минут д) двукратным протиранием 70 % этиловым спиртом</p>	г)
<p>СТЕРИЛИЗАЦИЮ ГУТТАПЕРЧЕВЫХ ШТИФТОВ В КАБИНЕТЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ</p> <p>а) 96% спиртом б) 3% перекисью водорода в) 3% гипохлоритом натрия г) 0,05% хлоргексидином д) 1% хлорамином</p>	в)
<p>ОТСУТСТВУЕТ НЕОБХОДИМОСТЬ В УСТАНОВКЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫХ БАКТЕРИЦИДНЫХ ИЗЛУЧАТЕЛЕЙ</p> <p>а) в хирургическом кабинете б) в терапевтическом кабинете в) стерилизационной г) рентген-кабинете д) слизисто-пародонтологическом кабинете</p>	г)
<p>НАИБОЛЕЕ НАДЁЖНЫЙ СПОСОБ СТЕРИЛИЗАЦИИ ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ</p> <p>а) гласперленовый стерилизатор б) автоклав в) сухожаровой шкаф г) растворы химических веществ д) кипячение</p>	б)
<p>В ГЛАСПЕРЛЕНОВОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ МОЖНО СТЕРИЛИЗОВАТЬ</p> <p>а) ватные валики б) цельнометаллические стоматологические инструменты в) скальпели</p>	г)

<p>г) боры и эндодонтические инструменты д) наконечники для слюноотсосов</p>	
<p>ПРИ ДЕЗИНФЕКЦИИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ В 2% РАСТВОРЕ ВИРКОНА ЭКСПОЗИЦИЯ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) 5 минут б) 10 минут в) 15 минут г) 20 минут д) 30 минут</p>	б)
<p>ПАКЕТЫ ДЛЯ СБОРА ОТХОДОВ КЛАССА А ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ МАРКИРОВКУ</p> <p>а) желтого цвета б) белого цвета в) чёрного цвета г) красного цвета д) зелёного цвета</p>	б)
<p>КВАРЦЕВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ</p> <p>а) 1 раз в день б) 2 раз в день в) 3 раза в день г) 4 раз в день д) 5 раз в день</p>	в)
<p>В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТАХ ГЕНЕРАЛЬНУЮ УБОРКУ ПРОВОДЯТ</p> <p>а) один раз в неделю б) один раз в месяц в) один раз в квартал г) два раза в месяц д) один раз в полгода</p>	б)
<p>ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ НАКОНЕЧНИКОВ ДВУКРАТНЫМ ПРОТИРАНИЕМ ЗАПРЕЩЕНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p> <p>а) спирт этиловый 70% б) спирт этиловый 96% в) хлорамин 3% г) спиртовой раствор хлоргексидина 0,5% д) тройной раствор</p>	б)
<p>ЭЛЕМЕНТ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ</p> <p>а) пузырь б) папула в) эрозия г) пузырьёк д) волдырь</p>	в)
<p>ПРИЧИНА ЛЕЙКОПЛАКИИ ТАШПЕЙНЕРА</p> <p>а) хронический герпес б) лекарственная аллергия в) курение г) гальваноз д) гипосаливация</p>	в)
<p>ПАПУЛА ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ СХОДСТВО С</p> <p>а) пузырьком б) узлом в) волдырём г) бугорком</p>	г)

д) пустулой	
ТИПИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ ПРИ ВЕРРУКОЗНОЙ ФОРМЕ ЛЕЙКОПЛАКИИ а) узел б) бугорок в) бляшка г) волдырь д) пузырьёк	в)
БОЛЬ В ЯЗЫКЕ, ПРОХОДЯЩАЯ ВО ВРЕМЯ ЕДЫ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ а) невралгии тройничного нерва б) глоссалгии в) десквамативного глоссита г) ромбовидного глоссита д) неврита язычного нерва	б)
БОРОДАВЧАТЫЙ ПРЕДРАК ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА а) спинке языка б) переходной складке в) красной кайме нижней губы г) твердом нёбе д) десне	в)
САМАЯ ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА ОРАЛЬНОГО КАНДИДОЗА а) молочница б) острый атрофический кандидозный стоматит в) хронический атрофический кандидозный глоссит г) заеды д) хронический гиперпластический кандидозный стоматит	д)
ТИПИЧНУЮ ФОРМУ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С а) пузырьчаткой б) хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом в) медикаментозным стоматитом г) острой механической травмой д) плоской лейкоплакией	в)
ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЕ ХЕЙЛИТА МАНГАНОТТИ ПРОВОДЯТ а) бактериоскопическое исследование б) биохимическое исследование крови в) общий клинический анализ крови г) биопсию с гистологическим исследованием д) полное иссечение с гистологическим исследованием	в)
ВУЛЬГАРНАЯ ПУЗЫРЧАТКА ЧАЩЕ ВСЕГО НАЧИНАЕТСЯ С ВЫСЫПАНИЙ а) на коже б) на СОПР в) на конъюнктиве г) на слизистой оболочке половых органов д) на всех покровных тканях одновременно	б)
ВЫРАЖЕННАЯ ЛИХЕНИЗАЦИЯ УГЛОВ РТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ХЕЙЛИТА а) актинического б) метеорологического в) атопического г) контактного аллергического д) эксфолиативного	в)
МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ В ПОЛОСТИ РТА ПЕРЕД ОБЛУЧЕНИЕМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО а) снять	г)

<p>б) заменить на керамические в) заменить на пластмассовые г) покрыть пластмассовыми каппами д) оставить без изменения</p>	
<p>В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ, НАЗНАЧАЕМОГО БОЛЬНОМУ С ОРАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ, ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) санация полости рта б) общеукрепляющая терапия в) лечение соматических заболеваний г) эрадикация возбудителя в полости рта д) местная иммуностимулирующая терапия</p>	г)
<p>НАИБОЛЕЕ ТРУДНО ПОДДАЮЩАЯСЯ ЛЕЧЕНИЮ ФОРМА КПЛ</p> <p>а) атипичная б) экссудативно-гиперемическая в) эрозивно-язвенная г) буллёзная д) типичная</p>	в)
<p>ПСИХОТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНЫ ПРИ ХЕЙЛИТЕ</p> <p>а) метеорологическом б) эксфолиативном в) glandулярном г) контактном аллергическом д) актиническом</p>	б)
<p>НАИБОЛЬШЕЙ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ</p> <p>а) болезнь Боуэна б) ограниченный предраковый гиперкератоз в) бородавчатый предрак г) кератоакантома д) кожный рог</p>	а)
<p>ПОСЛЕДНЕЕ ПО ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕБНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ У БОЛЬНОГО С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОПР</p> <p>а) обезболивание б) антисептическая обработка полости рта в) аппликация раствора протеолитического фермента на очаг поражения г) аппликация кератопластического средства на очаг поражения д) удаление налёта с очага поражения</p>	г)
<p>ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЭРОЗИРОВАННОЙ СОПР МЕНЕЕ ВСЕГО ПОДХОДИТ</p> <p>а) раствор лидокаина б) раствор тримекаина в) раствор пиромекаина г) мазь пиромекаина д) анестезиновая эмульсия</p>	д)
<p>НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМИ АНТИОКСИДАНТНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ ВИТАМИН</p> <p>а) Р б) А в) Е г) РР д) С</p>	в)
<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПОБОЧНОЕ ЯВЛЕНИЕ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ</p>	г)

«КОРСОДИЛА» а) десквамация эпителия СОПР б) воспаление околоушных слюнных желез в) аллергическая реакция г) коричневая пятнистость зубов д) расстройство вкуса	
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ОСНОВАНЫ НА а) стабильности эмали б) уменьшении проницаемости эмали в) увеличении проницаемости эмали г) изменении свойств органической составляющей эмали д) изменении свойств неорганической составляющей эмали	в)
ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ а) электропроводность твердых тканей зуба б) количество заместительного дентина в полости зуба в) состояние тканей, окружающих зуб г) электровозбудимость пульпы д) скорость реминерализации	г)
ЭЛЕКТРОМЕТРИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ а) электропроводность твердых тканей зуба б) электровозбудимость пульпы в) состояние окружающих зуб тканей г) количество заместительного дентина д) наличие слоя интактного дентина	а)
ОТСУТСТВИЕ БОЛЕВОГО СИМПТОМА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ а) повышенного стирания при прямом прикусе б) клиновидных дефектов в) эрозий твердых тканей г) кислотного некроза д) радиационного некроза	д)
СРЕДНИЙ КАРИЕС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ а) пигментированного пятна б) кариозной полости в пределах эмали в) кариозной полости средней глубины в эмали и дентине г) глубокой кариозной полости д) белого пятна	в)
ДЕФЕКТ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА, ОБРАЗОВАННЫЙ ДВУМЯ СХОДЯЩИМИСЯ ПОД УГЛОМ ГЛАДКИМИ, ПЛОТНЫМИ СТЕНКАМИ – ЭТО а) гипоплазия б) флюороз в) эрозия твердых тканей г) некроз твердых тканей д) клиновидный дефект	д)
ДИАГНОЗ СРЕДНИЙ КАРИЕС СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ ПО МКБ-10 а) кариес эмали б) кариес дентина в) кариес цемента г) гиперемия пульпы д) другой уточненный кариес	б)
ДИАГНОЗ ГЛУБОКИЙ КАРИЕС (ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ) СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ ПО МКБ-10: а) кариес эмали б) кариес дентина	б)

<p>в) кариес цемента г) гиперемия пульпы д) рецидивирующий кариес</p>	
<p>ДИАГНОЗ ГЛУБОКИЙ КАРИЕС (ОСТРОЕ ТЕЧЕНИЕ) СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ ПО МКБ-10: а) кариес эмали б) кариес дентина в) кариес цемента г) гиперемия пульпы д) рецидивирующий кариес</p>	г)
<p>К НЕКАРИОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ОТНОСЯТСЯ а) «тетрациклиновые зубы» б) несовершенный амелогенез в) несовершенный дентиногенез г) синдром Стентона-Капдепона д) клиновидный дефект</p>	д)
<p>КЛАССИФИКАЦИЯ ФЛЮОРОЗА ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕДЛОЖЕНА а) М.И. Грошиковым б) В.К. Патрикеевым в) И.Г. Лукомским г) Е.В. Боровским д) А.И. Рыбаковым</p>	б)
<p>КАРИЕС В СТАДИИ ПЯТНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ а) некрозом эмали б) нарушением формирования эмали в) поверхностной деминерализацией г) подповерхностной деминерализацией д) гиперминерализацией</p>	г)
<p>ЧУВСТВО «ПРИЛИПАНИЯ» ЗУБОВ ПРИ ИХ СМЫКАНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ а) деструктивной формы флюороза б) системной гипоплазии в) кислотного некроза г) несовершенного амелогенеза д) несовершенного дентиногенеза</p>	в)
<p>ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАРИЕСА ВКЛЮЧАЕТ а) регуляция слюноотделения б) ограничение употребления углеводов в) борьба с микроорганизмами зубного налета г) реминерализующая терапия д) назначение кальция и фосфор содержащих зубных паст</p>	в)
<p>ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА, В ОТЛИЧИЕ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО, ВКЛЮЧАЕТ ЭТАП а) препарирования кариозной полости б) медикаментозной обработки в) наложения лечебной прокладки г) наложения постоянной пломбы д) кондиционирования дентина</p>	в)
<p>ПРИ ДЕСТРУКТИВНОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО а) отбелить пятно и сделать аппликацию 10% раствором глюконата кальция б) покрыть зуб коронкой в) обработать зуб фторлаком г) удалить зуб</p>	б)

д) провести серебрение	
<p>НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ИОНОВ ФТОРА ВЫДЕЛЯЕТ</p> <p>а) классический СИЦ б) гибридный СИЦ в) силикофосфатный цемент г) компомер д) поликарбоксилатный цемент</p>	а)
<p>ОТДЕЛКУ ПЛОМБЫ ИЗ ТРАДИЦИОННОГО СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ</p> <p>а) 6 часов б) 12 часов в) 18 часов г) 24 часа д) 48 часов</p>	г)
<p>ЛЕЧЕБНАЯ ПРОКЛАДКА ПРИ КАРИЕСЕ НАКЛАДЫВАЕТСЯ</p> <p>а) всегда при глубоком кариесе б) всегда, если дно кариозной полости находится ниже эмалево-дентинной границы в) при остром течении глубокого кариеса г) при хроническом течении глубокого кариеса</p>	в)
<p>ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ I КЛАССА ПРЕДПОЛАГАЕТ</p> <p>а) максимальное сохранение эмали на жевательной поверхности без подлежащего дентина б) частичное раскрытие фиссуры в) полное раскрытие фиссуры г) максимальное расширение кариозной полости (трапеция широким основанием к эмали) д) иссечение бугров</p>	в)
<p>НЕДОСТАТОЧНОЕ УДАЛЕНИЕ НЕКРОТИЗИРОВАННОГО ДЕНТИНА СО ДНА И СТЕНОК КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИВЕДЕТ К</p> <p>а) случайному вскрытию полости зуба б) облому стенки кариозной полости в) рецидиву кариеса г) некрозу пульпы д) воспалению периодонта</p>	в)
<p>ЭПИТЕЛИАЛЬНОЕ ЗУБО-ДЕСНЕВОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ В НОРМЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <p>а) стабильно на эмали б) стабильно на эмалево-цементной границе в) стабильно на цементе г) динамично, зависит от возраста д) стабильно на уровне анатомической шейки зуба</p>	г)
<p>ПО РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ВСЕГДА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) гингивит катаральный б) гингивит язвенный в) пародонтит г) пародонтоз д) гингивит гипертрофический</p>	г)
<p>ГЛАВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) биоплёнка б) зубной камень в) травматическая окклюзия г) гипосаливация</p>	а)

д) соматическая патология	
ПРОБА ШИЛЛЕРА-ПИСАРЕВА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ	б)
а) гидрофильность десны б) интенсивность воспаления десны в) стойкость капилляров десны г) степень кровоточивости д) деструкцию костной ткани	
ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРОДОНТИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ	б)
а) цитоморфометрический б) рентгенологический в) реопародонтографический г) микробиологический д) биохимический анализ крови	
ИЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПАРОДОНТОЛОГИИ ГЛАВЕНСТВУЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ	а)
а) рентгенография б) реопародонтография в) биомикроскопия г) полярография д) биомикроскопия	
НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ	а)
а) профессиональная гигиена б) санация полости рта в) устранение зубочелюстных аномалий г) местная противовоспалительная терапия д) системная антибиотикотерапия	
УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ РАННИЙ СИМПТОМ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА	в)
а) отёк б) гиперемия в) кровоточивость г) нарушение рельефа десны д) ишемия	
ПАРОДОНТИТ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ГИНГИВИТА НАЛИЧИЕМ	б)
а) гиперемии десневого края б) гиперемии прикрепленной десны в) плохого уровня гигиены полости рта г) кровоточивости десны д) отека десневого края	
ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ	в)
а) дошкольном б) младшем школьном в) юношеском г) зрелом д) преклонном	
ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА ОЦЕНИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ	б)
а) индекса РМА б) индекса ОНИС в) пробы Шиллера-Писарева г) индекса КПУ д) индекса Фукса	
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОЙ ГИНГИВИТЕ НАИМЕНЕЕ	г)

<p>ПОКАЗАН СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ВИДЕ</p> <p>а) ванночек б) гелевых аппликаций в) аппликаций в десневую борозду г) per os д) пленочных аппликаций</p>	
<p>ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ КОМПОНЕНТОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАЛЬНОГО И ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) местное применение противовоспалительных средств б) склерозирующая терапия в) удаление назубных отложений г) обучение личной гигиене и контроль д) местное применение антисептических средств</p>	б)
<p>ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У БЕРЕМЕННЫХ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА</p> <p>а) склерозирующая терапия десневых сосочков б) местная физиотерапия в) гингивэктомия г) местная противовоспалительная терапия д) гингивотомия</p>	г)
<p>В МАЗКЕ С ДЕСНЫ ПРИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ ГИНГИВИТОМ ПРЕОБЛАДАЮТ</p> <p>а) гр + кокки и палочки б) лактобактерии в) дрожжеподобные грибы г) фузобактерии и спирохеты д) гр - кокки и палочки</p>	г)
<p>ЗАКРЫТЫЙ КЮРЕТАЖ ПОКАЗАН ПРИ</p> <p>а) хроническом пародонтите легкой степени б) хроническом пародонтите средней степени в) хроническом катаральном гингивите г) хроническом пародонтите тяжёлой степени д) обострении хронического пародонтита</p>	а)
<p>ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОТКРЫТОГО КЮРЕТАЖА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) хронический пародонтит легкой степени б) хронический пародонтит средней степени в) хронический катаральный гингивит г) хронический пародонтит тяжёлой степени д) обострение хронического пародонтита</p>	б)
<p>НАИБОЛЬШИЙ ОБЪЕМ ПРИШЛИФОВЫВАНИЯ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ПРИХОДИТСЯ НА</p> <p>а) начальный этап лечения б) хирургический этап в) ортопедический этап г) этап поддерживающей терапии д) этап восстановительного лечения</p>	а)
<p>ГЛАВНОЕ ТРЕБОВАНИЕ К ПОСТОЯННОЙ ШИНИРУЮЩЕЙ КОНСТРУКЦИИ</p> <p>а) комфортность для пациента б) эстетичность в) доступность г) надежная стабилизация зубов</p>	г)

д) востребованность	
<p>ГАЛЬВАНИЗАЦИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ</p> <p>а) непрерывного постоянного тока до 50 мА и напряжения 30-80 В</p> <p>б) переменного синусоидального тока с несущей частотой 5 Гц</p> <p>в) высокочастотного импульсного тока высокого напряжения (20 кВ) и малой силы (0,02 мА)</p> <p>г) электрического тока высокой частоты небольшого напряжения (150-200 В) и большой силы (2 А)</p> <p>д) переменного импульсного тока частотой 100 кГц</p>	а)
<p>ПРИ ТРАВМЕ ЗУБА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ</p> <p>а) электрообезболивание</p> <p>б) электростимуляцию</p> <p>в) электроодонтодиагностику</p> <p>г) анодгальванизацию</p> <p>д) флюктуоризацию</p>	в)
<p>ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАБОЧЕЙ ДЛИНЫ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>а) трансиллюминацию</p> <p>б) апекслокацию</p> <p>в) диатермокоагуляцию</p> <p>г) электроодонтодиагностику</p> <p>д) периотест</p>	б)
<p>ПРИ НЕВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ШЕЕК ЗУБОВ НАЗНАЧАЮТ</p> <p>а) аэрозольтерапию</p> <p>б) электрофорез препаратов кальция</p> <p>в) магнитотерапию</p> <p>г) флюктуоризацию</p> <p>д) диадинамотерапию</p>	б)
<p>ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА ПРИВОДИТ</p> <p>а) к уменьшению глубины пародонтального кармана</p> <p>б) прекращению роста грануляционной ткани</p> <p>в) активизации репарации костной ткани</p> <p>г) новообразованию коллагеновых волокон</p> <p>д) гибели микрофлоры в пародонтальном кармане</p>	д)
<p>В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО НАЗНАЧЕНИЕ</p> <p>а) дарсонвализации</p> <p>б) анодгальванизации</p> <p>в) диадинамотерапии</p> <p>г) магнитолазера</p> <p>д) вакуум массажа</p>	г)
<p>НАИБОЛЬШЕЙ ЭЛЕКТРОПРОВОДНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ</p> <p>а) ороговевший слой эпидермиса</p> <p>б) костная ткань</p> <p>в) сухожилие</p> <p>г) слизистая оболочка рта</p> <p>д) твердые ткани зуба</p>	г)
<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ПРИМЕНЕНИЕМ ФЛЮКТУОРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) невралгия тройничного нерва</p> <p>б) обострение хронического периодонтита</p> <p>в) заболевание слюнных желез</p> <p>г) обострение катарального гингивита</p>	д)

д) злокачественные новообразования	
ИНФРАКРАСНЫЕ ЛУЧИ ПРОНИКАЮТ В ТКАНИ НА ГЛУБИНУ а) 1-го см б) 2-3 см в) 0,5 см г) 1 мм д) менее 1 мм	б)
ТОКИ ДАРСОНВАЛЯ БЫЛИ ОТКРЫТЫ В а) 1990 г. б) 1900 г. в) 1892 г. г) 1905 г. д) 1950 г.	в)
ПРИ ОБЛУЧЕНИИ КОЖИ УФО ИЗЛУЧЕНИЕМ ВОЗНИКАЕТ а) гиперемия с постепенным исчезновением б) зуд, отек в) гиперемия, эрозии г) гиперемия, эритема, шелушение, пигментация д) десквамация эпителия	г)
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ПРИМЕНЯЮТ а) флюктуоризацию б) дарсонвализацию в) дарсонвализацию г) электрофорез микроэлементов д) анодгальванизацию	г)
ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИЕЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) гидромассаж б) криодеструкция в) дидинамотерапия г) дарсонвализация д) лазеротерапия	а)
ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАЗНАЧАЮТ а) низкоинтенсивный лазер б) дарсонвализацию в) электрофорез с ферментами г) дидинамотерапию д) коротковолновое УФО	а)
ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО У а) импульсного тока б) постоянного тока в) переменного тока г) инфракрасного излучения д) аэроионотерапии	а)
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ КРОТКОФОКУСНОЕ УФ СОЧЕТАЮТ С а) лазеротерапией б) гидротерапией в) фотодинамической терапией г) ультразвуком д) магнитотерапией	б)
ПРИ ДЕКУБИТАЛЬНОЙ ЯЗВЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ПОКАЗАНА а) диатермокоагуляция б) короткофокусное УФО	б)

<p>в) анодгальванизация г) магнитотерапия д) флюктуоризация</p>	
<p>ПРИ ГИПЕРКЕРАТОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НАЗНАЧАЮТ</p> <p>а) ультразвук б) УВЧ-терапию в) пальцевой массаж г) лазерную абляцию д) магнитолазеротерапию</p>	г)
<p>ПОКАЗАНИЕМ К ГИДРОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) воспалительные заболевания пародонта б) гнойный воспалительный процесс в) красный плоский лишай г) невралгия тройничного нерва д) плоская лейкоплакия</p>	а)
<p>ПРИ МАКРОХЕЙЛИТЕ НАЗНАЧАЮТ</p> <p>а) дидинамотерапию б) ультрафонофорез кортикостероидных препаратов в) применение озокерита г) гальванический воротник по Щербаку д) флюктуоризацию</p>	в)
<p>ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭОД СОСТАВЛЯЮТ</p> <p>а) 2-5 мкА б) 10-15 мкА в) 30-40 мкА г) 60-80 мкА д) 100 мкА и выше</p>	в)
<p>СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА В ПРОЕКЦИИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ЗУБА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ</p> <p>а) всегда не изменена б) резко гиперемирована в) цианотична, нередко свищ г) имеется выбухание д) эрозирована, отечна</p>	в)
<p>НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ</p> <p>а) очаг деструкции костной ткани с четкими контурами б) отсутствие патологических изменений в) разрушение кортикальной пластинки альвеолы г) расширение периодонтальной щели д) очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами</p>	б)
<p>ЧАЩЕ ВСЕГО ДВА КОРНЕВЫХ КАНАЛА В ЗУБАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</p> <p>а) у центральных резцов б) у боковых резцов в) у клыков г) у первых премоляров д) у вторых премоляров</p>	г)
<p>ПРИ ОСТРОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ В ФАЗУ ЭКССУДАЦИИ БОЛЬНОЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА</p> <p>а) кратковременные пульсирующие боли б) обычно жалоб не предъявляет в) ноющую боль, усиливающуюся при накусывании г) постоянную боль, усиливающуюся при накусывании, чувство «выросшего зуба»</p>	г)

д) боли от горячего	
БОЛЬНОЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ ПУЛЬПИТЕ ЖАЛУЕТСЯ НА а) постоянные самопроизвольные боли б) боли от холодного в) самопроизвольные приступообразные боли с длительными безболевыми промежутками г) боли от горячего д) отсутствие болей	г)
ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ РЕАКЦИЯ НА ХОЛОДНОЕ а) безболезненная б) возникает боль, проходящая после устранения раздражителя в) возникает длительный приступ боли г) от холодного боль проходит д) возникает длительная ноющая боль	в)
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПЕРКУССИЯ ЗУБА а) безболезненная б) болезненная горизонтальная перкуссия в) болезненная вертикальная перкуссия г) болезненная вертикальная и горизонтальная перкуссия д) не проводится	а)
УКАЖИТЕ РЕАКЦИЮ НА ХОЛОДНОЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ а) боль, исчезает сразу после устранения раздражителя б) длительный приступ острой боли в) острая боль, иррадиирующая в соседние зубы г) реакция на холодное безболезненная д) длительная ноющая боль	г)
УКАЖИТЕ СОСТОЯНИЕ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ ПУЛЬПИТЕ В ТИПИЧНОМ СЛУЧАЕ а) полость зуба широко вскрыта, зондирование коронковой пульпы безболезненно, зондирование корневой пульпы болезненно б) полость зуба не вскрыта в) дно размягчено, зондирование болезненно в одной точке г) дно размягчено, зондирование болезненно по всему дну д) полость зуба широко вскрыта, зондирование коронковой и корневой пульпы безболезненно	а)
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАНГРЕНОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАН МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ а) биологический б) витальной ампутации в) витальной экстирпации г) девитальной экстирпации д) девитальной ампутации	в)
БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА ПОКАЗАН ПРИ а) гнойном пульпите б) начальном пульпите в) хроническом пульпите г) остром пульпите д) хроническом язвенном пульпите	б)
МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАН а) у молодых людей с хорошей реактивностью пульпы б) при острых формах пульпита у пожилых людей в) при непереносимости анестетиков	в)

<p>г) при страхе перед вмешательством д) при всех хронических формах пульпита</p>	
<p>УКАЖИТЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКИ ПРИ ПЕРИАПИКАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ БЕЗ СВИЩА</p> <p>а) окружающая слизистая оболочка без патологических изменений б) слизистая оболочка в области проекции верхушки корня цианотичная, определяется положительный симптом вазопареза в) маргинальная десна гиперемирована, отечна г) переходная складка гиперемирована, сглажена, пальпация болезненная д) на слизистой оболочке определяется рубец</p>	г)
<p>МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА С СОХРАНЕНИЕМ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ЧАСТИ ПУЛЬПЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) витальная ампутация б) витальная экстирпация в) комбинированный г) биологический д) девитальная ампутация</p>	а)
<p>НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ОСЛОЖНЕНИЙ В ВИДЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ПРОГНОЗИРУЕТСЯ ПОСЛЕ</p> <p>а) витальной экстирпации б) девитальной экстирпации в) девитальной ампутации г) биологического метода д) витальной ампутации</p>	в)
<p>ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ</p> <p>а) сахарном диабете б) остром инфаркте миокарда в) хроническом гепатите г) беременности д) синусите</p>	б)
<p>ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПОСЛЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, СОГЛАСНО КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ, СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) 3 месяца б) 6 месяцев в) 2 года г) 1 год д) 1,5 года</p>	в)
<p>БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА НЕ ВКЛЮЧАЕТ ЭТАП</p> <p>а) обезболивания б) вскрытия и раскрытия полости зуба в) медикаментозной обработки кариозной полости г) наложения лечебной прокладки д) наложения пломбы</p>	б)
<p>ДЛЯ МЕДЛЕННОЙ ДЕВИТАЛИЗАЦИИ ПУЛЬПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПАСТУ</p> <p>а) параформальдегидную б) резорцинформалиновую в) цинкоксидэвгеноловую г) мышьяковистую д) лизоцим-витаминную</p>	а)
<p>УСТЬЕВАЯ ЧАСТЬ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПЕРЕД ВНУТРЕННИМ ОТБЕЛИВАНИЕМ ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАПЛОМБИРОВАНА</p> <p>а) гидроокисью кальция</p>	д)

<p>б) цинк-фосфатным цементом в) гуттаперчей г) цинк-сульфатным цементом д) стеклоиономерным цементом</p>	
<p>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИЦ, УНИВЕРСАЛЬНОЙ АДГЕЗИВНОЙ СИСТЕМЫ И КОМПОЗИТА – ЭТО</p> <p>а) адгезивная техника б) бондинг-техника в) сэндвич-техника г) техника слоеной реставрации д) упрощенная техника слоеной реставрации</p>	в)
<p>СКОС ЭМАЛИ ПОД УГЛОМ 45° СОЗДАЕТСЯ ДЛЯ</p> <p>а) увеличения адгезии и создания линии маскировки б) обезболивания в) уменьшения токсичности материала г) устранения смазанного слоя д) увеличения гидрофобности эмали</p>	а)
<p>ШЛИФОВАНИЕ И ПОЛИРОВАНИЕ РЕСТАВРАЦИИ ИЗ КОМПОЗИТНОГО МАТЕРИАЛА МОЖНО ПРОВОДИТЬ</p> <p>а) сразу после полимеризации б) через 1 час в) на следующее посещение г) через сутки д) через неделю</p>	а)
<p>В СЛУЧАЕ СОХРАНЕНИЯ ПОСТПЛОМБИРОВОЧНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА БОЛЕЕ ДВУХ НЕДЕЛЬ НЕОБХОДИМО</p> <p>а) депульпировать зуб б) тщательно отполировать пломбу в) обработать реставрацию фторсодержащим препаратом г) назначить физиолечение д) перепломбировать полость, используя прокладку из СИЦ</p>	д)
<p>ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ВЕЩЕСТВО ОТБЕЛИВАЮЩИХ СИСТЕМ</p> <p>а) гипохлорит натрия б) перекись водорода в) хлорамин г) серная кислота д) щавелевая кислота</p>	б)
<p>КОНЦЕНТРАЦИЯ ПЕРЕКИСИ КАРБАМИДА ДЛЯ КАБИНЕТНОГО («ОФИСНОГО») ОТБЕЛИВАНИЯ</p> <p>а) 5-7% б) 10-12% в) 15-25% г) 30-35% д) 40-45%</p>	г)
<p>ОТДЕЛКУ ПЛОМБЫ ИЗ ТРАДИЦИОННОГО СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ</p> <p>а) 6 часов б) 12 часов в) 18 часов г) 24 часа д) 48 часов</p>	г)
<p>НЕДОСТАТОЧНОЕ УДАЛЕНИЕ НЕКРОТИЗИРОВАННОГО ДЕНТИНА СО ДНА И СТенок КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИВЕДЕТ К</p> <p>а) случайному вскрытию полости зуба б) облому стенки кариозной полости</p>	в)

<p>в) рецидиву кариеса г) некрозу пульпы д) воспалению периодонта</p>	
<p>ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ I КЛАССА ПРЕДПОЛАГАЕТ</p> <p>а) максимальное сохранение эмали на жевательной поверхности без подлежащего дентина б) частичное раскрытие фиссуры в) полное раскрытие фиссуры г) максимальное расширение кариозной полости (трапеция широким основанием к эмали) д) иссечение бугров</p>	в)
<p>КОМПОЗИТНАЯ ОБЛИЦОВКА (ВИНИР) В ПОЛОСТЯХ IV КЛАССА ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ ПРИ РАЗРУШЕНИИ КОРОНКИ</p> <p>а) не более 1/2 объёма б) более 1/2 объёма в) менее 1/3 объёма г) при полном разрушении коронки д) разрушение не имеет значения</p>	а)
<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ДЕНТИНА (СРЕДНЕМ) НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА</p> <p>а) бондинг-техника б) адгезивная техника в) техника закрытого сэндвича г) техника слоеной реставрации д) техника открытого сэндвича</p>	б)
<p>ДЕТЕКТОР КАРИЕСА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ</p> <p>а) наружного слоя кариозного дентина б) вторичного дентина в) внутреннего слоя кариозного дентина г) третичного дентина. д) иррегулярного дентина</p>	в)
<p>НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ЖАЛОБА БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ФИБРОЗНЫМ ПУЛЬПИТОМ</p> <p>а) на самопроизвольные приступообразные боли б) на постоянные ноющие боли в) на боль при накусывании г) на длительные боли от холодного д) на боли от горячего</p>	г)
<p>ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭОД СОСТАВЛЯЮТ</p> <p>а) 2-5 мкА б) 10-15 мкА в) 20-40 мкА г) 60-80 мкА д) 100 мкА и выше</p>	д)
<p>ПРИ ОСТРОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ В ФАЗУ ЭКССУДАЦИИ БОЛЬНОЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА</p> <p>а) кратковременные пульсирующие боли б) обычно жалоб не предъявляет в) ноющую боль, усиливающуюся при накусывании г) постоянную боль, усиливающуюся при накусывании, чувство «выросшего зуба» д) боли от горячего</p>	г)
<p>ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ</p> <p>а) слизистая бледно-розового цвета</p>	г)

<p>б) слизистая цианотичная в) слизистая гиперемированная, отечная г) слизистая гиперемированная, отечная, выбухает в полость рта</p>	
<p>ОККЛЮЗИОННАЯ ПЛОСКОСТЬ В НОРМЕ ПРИ СОМКНУТЫХ ГУБАХ РАСПОЛОЖЕНА: а) на 2-3 мм ниже уровня линии смыкания губ б) на 2-3 мм выше уровня линии смыкания губ в) на уровне линии смыкания губ г) на 5-7 мм выше уровня линии смыкания губ д) на 5-7 мм ниже уровня линии смыкания губ</p>	в)
<p>МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ОСНОВАНЫ НА а) стабильности эмали б) уменьшении проницаемости эмали в) увеличении проницаемости эмали г) изменении свойств органической составляющей эмали д) изменении свойств неорганической составляющей эмали</p>	в)
<p>НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЕ УСЛОВИЕ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗБОЛЕЗНЕННОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРИРОВАНИЯ: а) острые боры б) прерывистый режим препарирования в) использование охлаждения г) отсутствие вибрации бора в наконечнике д) все условия одинаково важны</p>	д)
<p>ТЕКУЧИЙ КОМПОЗИТ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАН В СЛУЧАЕ а) обширной кариозной полости I класса б) кариозной полости IV класса в) кариозной полости II класса, отпрепарированной по принципам Блэка г) кариозной полости II класса после «туннельного» препарирования д) травматического откола края зуба</p>	г)
<p>СОГЛАСНО МКБ-10, СРЕДНИЙ КАРИЕС ЯВЛЯЕТСЯ КАРИЕСОМ а) эмали б) дентина в) приостановившимся г) неуточненным д) уточненным</p>	б)
<p>ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ ПО ХОДУ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ ПУЛЬПИТА а) острого очагового б) острого диффузного в) хронического фиброзного г) хронического гангренозного д) хронического гипертрофического</p>	б)
<p>НАИМЕНЕЕ ТОКСИЧЕН ДЛЯ ПУЛЬПЫ а) цинк-фосфатный цемент б) стеклоиономерный цемент в) силико-фосфатный цемент г) композит д) силикатный цемент</p>	б)
<p>НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ СНЯТИЯ МИНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ а) инструментальный (ручной) б) химический в) звуковой г) ультразвуковой д) сочетание инструментального и ультразвукового</p>	д)

<p>ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАРИЕСА ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) регуляцию слюноотделения б) ограничение употребления углеводов в) борьбу с микроорганизмами зубного налета г) реминерализующую терапию д) назначение кальция и фосфор содержащих зубных паст</p>	в)
<p>ПРИ ДЕСТРУКТИВНОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <p>а) отбелить пятно и сделать аппликацию 10% раствором глюконата кальция б) покрыть зуб коронкой в) обработать зуб фторлаком г) удалить зуб д) провести серебрение</p>	б)
<p>РАЗРУШЕНИЕ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА НА 2/3 И БОЛЕЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ</p> <p>а) обычной искусственной коронкой б) искусственной культевой коронкой в) частичным съемным протезом г) бюгельным протезом д) вкладкой</p>	б)
<p>В КАЧЕСТВЕ ИЗОЛИРУЮЩЕЙ ПРОКЛАДКИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВСЕ ЦЕМЕНТЫ, КРОМЕ</p> <p>а) цинк-фосфатного б) силико-фосфатного в) поликарбонатного г) стеклоиономерного д) цинк-эвгенольного</p>	б)
<p>ДЛЯ ФИНИШНОЙ ОБРАБОТКИ ПЛОМБ ИСПОЛЬЗУЮТ БОР С МАРКИРОВКОЙ</p> <p>а) черное кольцо б) зеленое кольцо в) синее кольцо г) красное кольцо д) без кольца</p>	г)
<p>ЗАПРЕЩАЕТСЯ СОВЕРШАТЬ ВРАЩАТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ</p> <p>а) патфайндером б) пульпэкстрактором в) К-файлом г) К-римером д) Н-файлом</p>	д)
<p>ПРИЧИНЫ ПРОТЕТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ИЛИ ПАРОДОНТИТА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИСКУССТВЕННЫМИ КОРОНКАМИ</p> <p>а) короткая коронка б) широкий периметр коронки в области шейки зуба в) отсутствие контакта с антагонистами г) чрезмерно выраженный экватор коронки д) коронка изготовлена на уровне десны</p>	б)
<p>НЕОБХОДИМОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАТРИЦЫ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ</p> <p>а) V класса б) IV класса в) III класса г) II класса д) I класса</p>	д)

<p>НЕОБХОДИМОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕТРАКЦИОННОЙ НИТИ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ</p> <p>а) I класса б) II класса в) III класса г) IV класса д) IV класса</p>	а)
<p>ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПУЛЬПЫ МОЖНО ПРИМЕНИТЬ</p> <p>а) раствор перекиси водорода 3% б) раствор йодиола 1% в) раствор фурацилина 0,02% г) раствор хлоргексидина 0,2% д) раствор хлорамина 1%</p>	а)
<p>В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ, НАЗНАЧАЕМОГО БОЛЬНОМУ С ОРАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ, ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) санация полости рта б) общеукрепляющая терапия в) лечение соматических заболеваний г) эрадикация возбудителя в полости рта д) местная иммуностимулирующая терапия</p>	г)
<p>АППЛИКАЦИИ 10% Р-РОМ ГЛЮКОНАТА КАЛЬЦИЯ И 2% Р-РОМ ФТОРИДА НАТРИЯ – ЭТО МЕТОДИКА</p> <p>а) Боровского Е.В., Леуса П.А. б) Боровского Е.В., Волкова Е.А. в) Пахомова Г.Н. г) Леонтьева В.К., Сунцова В.Г., Дистеля В.А. д) Лукомского И.Г.</p>	а)
<p>СРЕДСТВА ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА В КАЧЕСТВЕ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА ЧАЩЕ ВСЕГО СОДЕРЖАТ</p> <p>а) протеолитические ферменты б) кислоты в) щелочи г) ЭДТА д) Ваготил</p>	г)
<p>НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЕ АНТИМИКРОБНОЕ ДЕЙСТВИЕ НА МИКРОФЛОРУ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ОКАЗЫВАЕТ:</p> <p>а) перекись водорода 1% б) хлоргексидин 0,2 % в) фурацилин 0,02 г) мирамистин 0,01% д) диоксидин 1%</p>	б)
<p>ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ КАРИЕСА КОРНЯ ЗУБА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ</p> <p>а) медленное прогрессирование б) широкий вход в кариозную полость в) распространение кариозного процесса преимущественно по поверхности корня зуба г) кариозные полости длительное время не достигают большой глубины д) болезненная перкуссия</p>	д)
<p>СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №039-2/У-88) СОСТАВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) самим врачом б) руководителем медицинской организации</p>	в)

<p>в) медицинским статистиком г) медсестрой кабинета д) юристом</p>	
<p>МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ОФОРМЛЯЕТСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ПАЦИЕНТА</p> <p>а) при первом обращении один раз в год б) при каждом обращении в) один раз в пять лет г) два раза в год д) один раз</p>	а)
<p>КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) удельный вес санированных от первично обратившихся б) среднее количество посещений на одну пломбу в) количество посещений по поводу законченного лечения пульпита и периодонтита г) среднее число посещений на одного врача в смену д) удельный вес пульпитов, вылеченных под анестезией</p>	г)
<p>К КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОЦЕНКИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) снижение частоты рецидивов б) длительность ремиссий в) снижение частоты сроков временной нетрудоспособности г) удельный вес больных с клиническим благополучием д) удельный вес лиц, вновь взятых на учет</p>	д)
<p>ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЕГО ТЕЧЕНИЕ, ПРОВЕДЁННОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИСТРИРУЮТ В ГРАФЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ</p> <p>а) развитие настоящего заболевания б) перенесенные и сопутствующие заболевания в) жалобы больного г) данные объективного исследования д) онкосмотр</p>	а)
<p>НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ ГРАЖДАНЕ РФ МОГУТ САМОСТОЯТЕЛЬНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ СВОЕ ПРАВО НА ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО С ВОЗРАСТА</p> <p>а) 15 лет б) 16 лет в) 17 лет г) 18 лет д) 19 лет</p>	а)
<p>НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО</p> <p>а) по записям в ней осуществляют лечебные мероприятия б) является источником информации о причинах заболеваний в) характеризуют «лицо» учреждения, уровень лечебной работы г) может стать предметом судебного разбирательства д) значимость приобретают достоверность одонтограмм людей</p>	б)
<p>УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ КАРИОЗНЫЕ, ПЛОМБИРОВАННЫЕ ИЛИ УДАЛЕННЫЕ ЗУБЫ ИЗ ЧИСЛА ОБСЛЕДОВАННЫХ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТАКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, КАК</p> <p>а) интенсивность кариеса б) распространенность кариеса в) прирост интенсивности кариеса</p>	б)

г) заболеваемость кариесом д) редукция кариеса	
СРЕДНЕЕ ЧИСЛО ЗУБОВ, ПОРАЖЕННЫХ КАРИЕСОМ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯМИ, ЗАПЛОМБИРОВАННЫХ И УДАЛЕННЫХ, НА ОДНОГО ОБСЛЕДОВАННОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТАКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, КАК а) интенсивность кариеса б) распространенность кариеса в) прирост интенсивности кариеса г) заболеваемость кариесом д) редукция кариеса	а)
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ХРАНИТСЯ В РЕГИСТРАТУРЕ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ТЕЧЕНИЕ (ЛЕТ) а) 5 б) 7 в) 10 г) 15 д) 25	а)
ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ВЗРОСЛЫХ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА (ЛЕТ) а) 12-14 б) 18-20 в) 25-35 г) 35-44 д) 45-54	г)
ДЛЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПАРОДОНТОЛОГИИ НАИБОЛЕЕ ПОДХОДИТ ИНДЕКС а) РМА б) СРІТН в) РІ г) SBI д) ОНІ-S	б)
ПРИРОСТ КАРИЕСА – ЭТО а) среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями б) процент лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы в) количество новых кариозных поражений за год г) наличие зубного налета на аппроксимальных поверхностях зубов д) среднее число запломбированных зубов	в)
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ ВЫРАЖАЕТСЯ В а) абсолютных единицах б) процентах в) относительных единицах г) коэффициентах д) константах	б)
ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ОЦЕНИВАЕТСЯ ИНДЕКСОМ а) СРІТН б) РМА в) ИДЖ г) КПУ д) УИГР	г)
ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, К ОБЩЕМУ ЧИСЛУ ОБСЛЕДОВАННЫХ НАЗЫВАЕТСЯ а) уровнем стоматологической помощи населению	г)

<p>б) интенсивностью стоматологического заболевания в) стоматологической заболеваемостью населения г) распространённостью стоматологического заболевания</p>	
<p>НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО: а) составить план и программу исследования б) собрать материал для исследования в) определить методы статистической обработки данных г) определить источник информации д) провести проверку учетных признаков</p>	а)
<p>СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ ПРИЗНАКОВ ОПИСЫВАЕТСЯ СРЕДНИМИ ВЕЛИЧИНАМИ а) мода, медиана, средняя геометрическая б) коэффициент корреляции в) коэффициент ассоциации г) критерий соответствия, критерий асимметрии д) критерий эксцесса</p>	а)
<p>ПЛАН НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ а) перечень вопросов организационно-методического характера б) сетевой график проведения сбора и обработки информации в) разработку учетно-отчетных документов и их утверждение г) определение экономической эффективности работы д) внедрение результатов исследования в практику</p>	а)
<p>В КАКИХ ПРЕДЕЛАХ МОЖЕТ НАХОДИТЬСЯ КОЭФФИЦИЕНТ КОРРЕЛЯЦИИ? а) от 1 до 5 б) от 1 до 10 в) от 0 до 0,5 г) от 0 до 10 д) от 0 до плюс-минус 1</p>	д)
<p>О КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ а) оборота койки б) количества пролеченных пациентов в) среднегодовой занятости койки г) летальности д) среднемесячной занятости койки</p>	г)
<p>КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ УТВЕРЖДАЮТСЯ а) руководством медицинской организации б) Ассоциацией врачей в) Правительством РФ г) Министерством здравоохранения РФ д) Российской академией наук</p>	г)
<p>УЧЁТ ТРУДА ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРОВОДИТСЯ ПО а) количеству вылеченных зубов б) условным единицам трудоёмкости в) числу принятых пациентов г) проведённым курсам профилактических мероприятий д) количеству отработанных дней</p>	б)
<p>КАЧЕСТВЕННЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ: а) удельный вес вновь взятых на учёт б) средняя кратность осмотров, приходящихся на одного больного в год в) частота рецидивов заболевания г) процент лиц, снятых с диспансерного учёта в течение года</p>	в)

д) удельный вес больных, не явившихся для профилактического осмотра	
<p>МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ОСНОВАНЫ НА</p> <p>а) стабильности эмали б) уменьшении проницаемости эмали в) увеличении проницаемости эмали г) изменении свойств органической составляющей эмали д) изменении свойств неорганической составляющей эмали</p>	в)
<p>БЕЗБОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ СРЕДНЕМ КАРИЕСЕ ОБЪЯСНЯЕТСЯ</p> <p>а) некрозом пульпы б) отсутствием чувствительной инервации в дентине в) разрушением наиболее чувствительной зоны (эмалево-дентинного соединения) г) воспалением пульпы д) воспалением периодонта</p>	в)
<p>ОТСУТСТВИЕ БОЛЕВОГО СИМПТОМА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ</p> <p>а) повышенного стирания при прямом прикусе б) клиновидных дефектов в) эрозий твёрдых тканей г) кислотного некроза д) радиационного некроза</p>	д)
<p>НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ЖАЛОБА БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ФИБРОЗНЫМ ПУЛЬПИТОМ</p> <p>а) на самопроизвольные приступообразные боли б) на постоянные ноющие боли в) на боль при накусывании г) на длительные боли от холодного д) на боли от горячего</p>	г)
<p>ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭОД СОСТАВЛЯЮТ</p> <p>а) 2-5 мкА б) 10-15 мкА в) 20-40 мкА г) 60-80 мкА д) 100 мкА и выше</p>	д)
<p>СОГЛАСНО МКБ-10, СРЕДНИЙ КАРИЕС ЯВЛЯЕТСЯ КАРИЕСОМ</p> <p>а) эмали б) дентина в) приостановившимся г) неуточненным д) уточненным</p>	б)
<p>ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ ПО ХОДУ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ ПУЛЬПИТА</p> <p>а) острого очагового б) острого диффузного в) хронического фиброзного г) хронического гангренозного д) хронического гипертрофического</p>	б)
<p>К I КЛАССУ ПО БЛЕКУ ОТНОСИТСЯ ПОЛОСТЬ</p> <p>а) на медиальной поверхности зуба 1.1 б) на дистальной поверхности в пришеечной области зуба 3.5 в) на щечной поверхности в фиссуре зуба 4.6 г) на щечной поверхности в пришеечной области зуба 4.7</p>	в)

д) на жевательно-медиальной поверхности зуба 1.6	
<p>ПРИ ОСТРОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ В ФАЗУ ЭКССУДАЦИИ БОЛЬНОЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА</p> <p>а) кратковременные пульсирующие боли б) обычно жалоб не предъявляет в) ноющую боль, усиливающуюся при накусывании г) постоянную боль, усиливающуюся при накусывании, чувство «выросшего зуба» д) боли от горячего</p>	г)
<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ</p> <p>а) биологический б) витальная ампутация в) витальная экстирпация г) девитальная экстирпация д) девитальная ампутация</p>	в)
<p>НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ СНЯТИЯ МИНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) инструментальный (ручной) б) химический в) звуковой г) ультразвуковой д) сочетание инструментального и ультразвукового</p>	д)
<p>ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАРИЕСА ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) регуляция слюноотделения б) ограничение употребления углеводов в) борьба с микроорганизмами зубного налета г) реминерализующая терапия д) назначение кальция и фосфор содержащих зубных паст</p>	в)
<p>ПРИ ДЕСТРУКТИВНОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <p>а) отбелить пятно и сделать аппликацию 10% раствором глюконата кальция б) покрыть зуб коронкой в) обработать зуб фторлаком г) удалить зуб д) провести серебрение</p>	б)
<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ</p> <p>а) биологический б) витальная ампутация в) витальная экстирпация г) девитальная экстирпация д) девитальная ампутация</p>	в)
<p>ДЛЯ ФИНИШНОЙ ОБРАБОТКИ ПЛОМБ ИСПОЛЬЗУЮТ БОР С МАРКИРОВКОЙ</p> <p>а) черное кольцо б) зеленое кольцо в) синее кольцо г) красное кольцо д) без кольца</p>	г)

<p>ЗАПРЕЩАЕТСЯ СОВЕРШАТЬ ВРАЩАТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ</p> <p>а) Патфайндером б) пульпэкстрактором в) К-файлом г) К-римером д) Н-файлом</p>	д)
<p>НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ОСЛОЖНЕНИЙ В ВИДЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ПРОГНОЗИРУЕТСЯ ПОСЛЕ</p> <p>а) витальной экстирпации б) девитальной экстирпации в) девитальной ампутации г) биологического метода д) витальной ампутации</p>	в)
<p>ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ</p> <p>а) сахарном диабете б) остром инфаркте миокарда в) хроническом гепатите г) беременности д) синусите</p>	б)
<p>ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО СТАНДАРТУ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) 3 месяца б) 6 месяцев в) 2 года г) 1 год д) 1,5 года</p>	в)
<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА В СТАДИИ ЭКССУДАЦИИ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ</p> <p>а) герметично закрывают зуб после медикаментозной обработки б) пломбируют канал постоянными пломбировочными материалами в) пломбируют канал постоянными пломбировочными материалами г) создают условия для оттока экссудата и оставляют зуб открытым д) проводят разрез по переходной складке</p>	г)
<p>КОРНЕВОЙ КАНАЛ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ПУЛЬПЫ ПЛОМБИРУЮТ</p> <p>а) до физиологической верхушки б) до анатомической верхушки в) не доходя 2 мм до апикального отверстия г) на 2/3 длины канала д) за анатомическую верхушку</p>	а)
<p>ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПУЛЬПЫ МОЖНО ПРИМЕНИТЬ</p> <p>а) раствор перекиси водорода 3% б) раствор йодиола 1% в) раствор фурацилина 0,02% г) раствор хлоргексидина 0,2% д) раствор хлорамина 1%</p>	а)
<p>КОРОНОРАДИКУЛЯРНУЮ СЕПАРАЦИЮ ПРОВОДЯТ В СЛУЧАЕ</p> <p>а) непроходимых корневых каналов б) локализации патологического очага в области верхушки одного из</p>	д)

<p>корней первого верхнего премоляра или верхних моляров</p> <p>в) кариеса корня одного из корней многокорневых зубов</p> <p>г) наличии трещины или перелома одного из корней многокорневых зубов</p> <p>д) локализации патологического очага в области бифуркации или трифуркации корней многокорневых зубов</p>	
<p>ПРИ ПОВТОРНОМ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНО РЕКОМЕНДОВАНА ИРРИГАЦИЯ</p> <p>а) 2% раствором хлорамина</p> <p>б) 2% раствором хлоргексидина</p> <p>в) 3% раствором перекиси водорода</p> <p>г) раствором иодиола</p> <p>д) 0,2% раствором мирамистина</p>	б)
<p>ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) СЛУЖИТ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ</p> <p>а) сводной ведомости учёта работы</p> <p>б) медицинской карты</p> <p>в) листка нетрудоспособности</p> <p>г) журнала учёта профилактических осмотров</p> <p>д) сигнального листка</p>	а)
<p>ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОНТРОЛЯ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ВЕДЕНИЯ ЛИСТКА ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА (ФОРМА №037/У-88) РУКОВОДИТЕЛЬ СОПОСТАВЛЯЕТ ЗАПИСИ С</p> <p>а) медицинской картой стоматологического больного</p> <p>б) клиническими рекомендациями</p> <p>в) профессиональным стандартом</p> <p>г) программой государственных гарантий на оказание медицинской помощи</p> <p>д) стандартами качества</p>	а)
<p>КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) удельный вес санированных от первично обратившихся</p> <p>б) среднее количество посещений на одну пломбу</p> <p>в) количество посещений по поводу законченного лечения пульпита и периодонтита</p> <p>г) среднее число посещений на одного врача в смену</p> <p>д) удельный вес пульпитов, вылеченных под анестезией</p>	г)
<p>ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ</p> <p>а) учёта работы за один день</p> <p>б) планирования времени работы</p> <p>в) контроля качества</p> <p>г) отчета перед ФОМС</p> <p>д) отчета перед главным врачом</p>	а)
<p>ДИАГНОЗ И ВСЕ ПОСЛЕДУЮЩИЕ РАЗДЕЛЫ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ЗАПОЛНЯЮТСЯ</p> <p>а) лечащим врачом</p> <p>б) медсестрой</p> <p>в) регистратором</p> <p>г) заведующим отделением</p>	а)

д) начмедом	
МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА — ЭТО: а) специфическое проявление общей этики в деятельности врача б) наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников в) наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств г) верно все вышеперечисленное д) нет правильного варианта	г)
КАКАЯ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ МОДЕЛЕЙ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНА С ПОЗИЦИИ ИНТЕРЕСОВ ПАЦИЕНТОВ? а) «инженерно-техническая модель» - врач как специалист б) «патерналистская модель» - врач как "духовный отец" в) «кооперативная модель» - сотрудничество врача и пациента г) «договорная модель» - врач как «поставщик», а пациент — «потребитель медицинских услуг»	в)
СОБЛЮДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ НЕОБХОДИМО ДЛЯ: а) защиты внутреннего мира человека, его автономии б) защиты социальных и экономических интересов личности в) создания основы доверительности и открытости взаимоотношений «врач-пациент» г) поддержания престижа медицинской профессии д) все вышеперечисленное верно	д)
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ИЛИ ДОВЕРЕННЫХ ЛИЦ) НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА? а) да б) нет в) не всегда г) только при бесплатном лечении д) только при оказании платных медуслуг	а)
КАКОЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ ОПРЕДЕЛЕНИЙ БОЛЕЕ СООТВЕТСТВУЕТ ПОНЯТИЮ «БИОЭТИКА»? а) достижения в области биомедицинской технологии б) социальные, правовые и этические последствия использования достижения биомедицинской технологии в) правила поведения при оказании плановой медицинской помощи г) правила поведения при оказании экстренной медицинской помощи	б)
ПАКЕТЫ ДЛЯ СБОРА ОТХОДОВ КЛАССА Б ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ МАРКИРОВКУ а) желтого цвета б) белого цвета в) чёрного цвета г) красного цвета д) синего цвета	а)
НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫЙ СПОСОБ СТЕРИЛИЗАЦИИ ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ а) глассперленовый стерилизатор б) автоклав в) сухожаровой шкаф г) растворы химических веществ д) кипячение	б)
В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТАХ ДЕЗИНФЕКЦИЯ	б)

<p>ПРОВОДИТСЯ ПО РЕЖИМУ</p> <p>а) профилактики вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции, аденовирусных и ретровирусных инфекций</p> <p>б) профилактики гнойных заболеваний, кишечных и капельных инфекций бактериальной природы, ОРВИ (грипп, аденовирусные заболевания и др.)</p> <p>в) профилактики туберкулеза</p> <p>г) профилактики кандидоза</p> <p>д) профилактики дерматофитии</p>	
<p>В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТАХ ГЕНЕРАЛЬНУЮ УБОРКУ ПРОВОДЯТ</p> <p>а) один раз в неделю</p> <p>б) два раза в неделю</p> <p>в) один раз в месяц</p> <p>г) два раза в месяц</p> <p>д) один раз в квартал</p>	в)
<p>В ЛПУ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА СОБЛЮДЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМА И ТЕХНИКИ БЕЗОПАСНОСТИ ВОЗЛОЖЕНА НА</p> <p>а) на главного врача</p> <p>б) на региональный орган санитарно-эпидемиологического надзора</p> <p>в) на главную медицинскую сестру</p> <p>г) заместителя главного врача по хозяйственной работе</p> <p>д) заместителя главного врача по лечебной работе</p>	а)
<p>МЕТОД СТАБИЛИЗАЦИИ (ЛЕЧЕНИЯ) ОЧАГОВОГО ПАРОДОНТИТА С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА ВСЮ ПЕРЕДНЮЮ ГРУППУ ЗУБОВ</p> <p>а) фронтальная стабилизация</p> <p>б) сагиттальная стабилизация</p> <p>в) парасагиттальная стабилизация</p> <p>г) фронтосагиттальная стабилизация</p> <p>д) по дуге</p>	а)
<p>ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО (ОЧАГОВОГО) ПАРОДОНТИТА НЕСЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ</p> <p>а) отсутствии атрофии</p> <p>б) атрофии $\frac{1}{4}$</p> <p>в) атрофии $\frac{1}{2}$</p> <p>г) атрофии $\frac{1}{3}$</p> <p>д) атрофии $\frac{3}{4}$</p>	б)
<p>ХАРАКТЕР РЕЗОРБЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ</p> <p>а) равномерный</p> <p>б) равномерный и горизонтальный</p> <p>в) равномерный и вертикальный</p> <p>г) неравномерный</p> <p>д) неравномерный, горизонтальный и вертикальный</p>	д)
<p>НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРОДОНТИТЕ РАЗВИВШЕЙСЯ СТАДИИ, ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ, РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДОК</p> <p>а) отсутствует</p> <p>б) на $\frac{1}{4}$</p> <p>в) на $\frac{1}{2}$</p> <p>г) на $\frac{1}{3}$</p> <p>д) на $\frac{3}{4}$</p>	б)
<p>НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРОДОНТИТЕ РАЗВИВШЕЙСЯ СТАДИИ, СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДОК</p> <p>а) отсутствует</p>	в)

б) на $\frac{1}{4}$ в) на $\frac{1}{2}$ г) на $\frac{1}{3}$ д) на $\frac{3}{4}$	
НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРОДОНТИТЕ РАЗВИВШЕЙСЯ СТАДИИ, ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ, РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДОК а) отсутствует б) на $\frac{1}{4}$ в) на $\frac{1}{2}$ г) на $\frac{1}{3}$ д) на $\frac{3}{4}$	д)
ПАРОДОНТОГРАММУ В.Ю.КУРЛЯНДСКИЙ РАЗРАБОТАЛ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ а) рентгенограмм б) томограмм в) гнатодинамометрии г) реограмм д) ортопантограммы	в)
ГЛУБИНУ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ОДОНТОПАРОДОНТОГРАММЫ ИЗМЕРЯЮТ а) щупом б) визуально в) зондом г) штангенциркулем д) циркулем золотого сечения	в)
ДЛЯ ЗАПИСИ ДАННЫХ О ГЛУБИНЕ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ В.Ю.КУРЛЯНДСКИЙ ПРЕДЛОЖИЛ а) рентгенограмму б) реограмму в) одонтопародонтограмму г) ортопантограмму д) томограмму	в)
МЕТОДИКА ИЗБИРАТЕЛЬНОГО СОШЛИФОВЫВАНИЯ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ а) гингивите б) пародонтите в) пародонтозе г) кариесе д) пародонтопатиях	б)
ШИНИРОВАНИЕ ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ СТАБИЛИЗАЦИЕЙ а) фронтальной б) сагиттальной в) фронтосагиттальной г) парасагиттальной д) по дуге	а)
ШИНИРОВАНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ СТАБИЛИЗАЦИЕЙ а) фронтальной б) сагиттальной в) фронтосагиттальной г) парасагиттальной д) по дуге	б)
ШИНИРОВАНИЕ ДВУХ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ГРУПП ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ СТАБИЛИЗАЦИЕЙ	г)

а) фронтальной б) сагиттальной в) фронтосагиттальной г) парасагиттальной д) по дуге	
ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ СТИРАЕМОСТЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПО ПЛОСКОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КЛАССИФИЦИРУЕТ а) Грозовский А.Л. б) Курляндский В.Ю. в) Гаврилов Е.И. г) Бушан М.Г. д) Миргазизов М.З.	а)
ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ СТИРАЕМОСТЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПО ПРОТЯЖЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КЛАССИФИЦИРУЕТ а) Грозовский А.Л. б) Курляндский В.Ю. в) Бушан М.Г. г) Копейкин В.Н. д) Миргазизов М.З.	б)
ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ ГЕНЕРАЛИЗОВАННУЮ СТИРАЕМОСТЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПО ФОРМЕ (КОМПЕНСИРОВАННАЯ, ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ) КЛАССИФИЦИРУЕТ а) Грозовский А.Л. б) Курляндский В.Ю. в) Гаврилов Е.И. г) Бушан М.Г. д) Миргазизов М.З.	в)
ДЕФОРМАЦИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ — ЭТО а) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами б) потеря зубов в) нарушение развития формы и функций зубочелюстной системы г) открытый прикус д) глубокий прикус	а)
ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОЕ УДЛИНЕНИЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ а) на верхней челюсти б) на нижней челюсти в) на обеих челюстях одинаково г) преимущественно во фронтальной группе зубов д) преимущественно в жевательной группе зубов	а)
ОТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ЭКСТРА- И ИНТРААЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТЯМИ ЗУБА ОСТАЕТСЯ НЕИЗМЕННЫМ (ПО ПОНАМОРЕВОЙ) ПРИ а) I форме б) II форме, 2-я группа в) II форме, 1-я группа г) III форме д) IV форме	а)
ОБНАЖЕНИЕ ЦЕМЕНТА СМЕЩЕННЫХ ЗУБОВ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 1/2 КОРНЯ ОТНОСИТСЯ (ПО В.А.ПОНОМАРЕВОЙ) а) к I форме б) ко II форме, 2-я группа в) ко II форме, 1-я группа г) к III форме д) к IV форме	в)
СОГЛАСНО СТАТИСТИКЕ У ЛЮДЕЙ СТАРШЕ 60 ЛЕТ В РОССИИ	д)

<p>ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ ВСТРЕЧАЕТСЯ В</p> <p>а) 15% случаев б) 60% случаев в) 50% случаев г) 40% случаев д) 25% случаев</p>	
<p>НОСОГУБНЫЕ И ПОДБОРОДОЧНЫЕ СКЛАДКИ У БОЛЬНОГО С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ</p> <p>а) сглажены б) резко выражены в) асимметричны г) не изменены д) симметричны</p>	б)
<p>ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АТРОФИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА БОЛЬШЕ ВЫРАЖЕНА НА</p> <p>а) вестибулярной стороне б) небной стороне в) вершине г) язычной стороне д) на скате</p>	а)
<p>ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АТРОФИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕНА НА</p> <p>а) вестибулярной поверхности б) гребне альвеолярной части в) язычной поверхности альвеолярного отростка г) небной поверхности альвеолярной части д) на скате альвеолярного отростка</p>	в)
<p>ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ СУСТАВНЫЕ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СМЕЩАЮТСЯ</p> <p>а) кзади б) вперед в) вниз г) кзади и вверх д) вверх</p>	г)
<p>ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНАЯ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА</p> <p>а) плотная б) тонкая в) рыхлая г) податливая д) подвижная</p>	а)
<p>СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, АЛЬВЕОЛЯРНЫЕ БУГРЫ УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННЫЕ, СРЕДНЯЯ ГЛУБИНА НЕБНОГО СВОДА И ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА СООТВЕТСТВУЕТ</p> <p>а) 2 типу по Шредеру б) 2 типу по Келлеру в) 3 типу по Оксману г) 3 типу по Дойникову д) 2 типу по Курляндскому</p>	а)
<p>ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ПОДАТЛИВОСТЬЮ НА ТВЕРДОМ НЕБЕ ПО ЛЮНДУ ОБЛАДАЕТ</p> <p>а) жировая зона б) срединная фиброзная зона</p>	д)

<p>в) периферическая фиброзная зона г) фиброзная зона д) железистая зона</p>	
<p>МИНИМАЛЬНОЙ ПОДАТЛИВОСТЬЮ НА ТВЕРДОМ НЕБЕ ПО ЛЮНДУ ОБЛАДАЕТ</p> <p>а) жировая зона б) срединная фиброзная зона в) периферическая фиброзная зона г) фиброзная зона д) железистая зона</p>	г)
<p>«БОЛТАЮЩИЙСЯ» МЯГКИЙ ГРЕБЕНЬ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА В КЛАССИФИКАЦИИ ТИПОВ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПО СУПШЛИ ОТНОСИТСЯ К</p> <p>а) I тип б) II тип в) III тип г) IV тип д) V тип</p>	г)
<p>РЫХЛУЮ СЛИЗИСТУЮ ПОДАТЛИВУЮ ОБОЛОЧКУ СУПШЛЕ ОТНОСИТ К ТИПУ</p> <p>а) I тип б) II тип в) III тип г) IV тип д) V тип</p>	в)
<p>В КЛАССИФИКАЦИИ ШРЕДЕРА ПРЕДСТАВЛЕНЫ</p> <p>а) пять типов атрофии беззубой нижней челюсти б) три типа атрофии беззубой нижней челюсти в) три типа атрофии беззубой верхней челюсти г) четыре типа атрофии беззубой нижней челюсти д) четыре типа атрофии беззубой верхней</p>	в)
<p>ДЕЙСТВИЕ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ТКАНИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА</p> <p>а) усиливает атрофию беззубых альвеолярных частей челюстей б) приостанавливает атрофию беззубых альвеолярных частей челюстей в) способствует гипертрофии костной основы г) останавливает гипертрофию костной основы д) не оказывает побочного действия</p>	а)
<p>ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОТТИСКНЫЕ ЛОЖКИ НА ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ ИЗГОТАВЛИВАЮТ</p> <p>а) частичные б) полные в) жесткие, изготовленные по первому слою воска г) восковые д) жесткие, изготовленные по второму слою воска</p>	д)
<p>ОПТИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА КРАЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА БЕЗЗУБУЮ ЧЕЛЮСТЬ</p> <p>а) 0,5 мм б) 1мм в) 2мм г) 1,5мм д) 2,5мм</p>	г)
<p>К МЕХАНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ФИКСАЦИИ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) использование магнитов б) применение присасывающих камер</p>	в)

<p>в) применение пружин г) применение внутрикостных имплантатов д) утяжеление протезов</p>	
<p>К БИОМЕХАНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ФИКСАЦИИ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) утяжеление протезов б) использование магнитов в) анатомическая ретенция; при помощи внутрикостных имплантатов г) присасывающие камеры д) применение внутрикостных имплантатов</p>	в)
<p>ДИСТАЛЬНЫЙ КРАЙ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ СООТНОШЕНИИ ЧЕЛЮСТЕЙ ДОЛЖЕН</p> <p>а) проходить строго по границе твердого и мягкого неба б) перекрывать границу твердого и мягкого неба на 1-2 мм в) перекрывать границу твердого и мягкого неба на 3-5 мм г) не перекрывать границу твердого и мягкого неба д) не доходить до границы твердого и мягкого неба</p>	б)
<p>ВЫСОТА ОККЛЮЗИОННОГО ВАЛИКА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПРОТЕТИЧЕСКОЙ ПЛОСКОСТИ) ПО ОТНОШЕНИЮ К КРАЮ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ В СРЕДНЕМ</p> <p>а) на 1 – 2мм выше б) на 1 – 2мм ниже в) на 3 – 4мм ниже г) на 3 – 4мм выше д) высота валика значения не имеет</p>	б)
<p>НАИБОЛЕЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ КРИВОЙ</p> <p>а) по носоушной и зрачковой горизонтали б) по методу Паунда в) с помощью аппарата Ларина г) с помощью проб Гербста д) с помощью метода Эфрона-Гельфанда-Катца</p>	д)
<p>ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ СЛУЖИТ РАСПОЛОЖЕНИЕ</p> <p>а) крыльев носа б) углов рта в) уздечки верхней губы г) центральной линии лица, линия улыбки д) фильтруема верхней губы</p>	г)
<p>СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВОЙ КОРРЕКЦИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА</p> <p>а) на следующий день после наложения протеза б) через два дня после наложения протеза в) через три дня после наложения протеза г) через неделю после наложения протеза д) при появлении боли под протезом</p>	а)
<p>СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА ВНЧС ИМЕЕТ ФОРМУ</p> <p>а) шаровидную б) эллипсоидную в) трапециевидную г) квадратную д) овальную</p>	б)
<p>СУСТАВНОЙ ДИСК ВНЧС ИМЕЕТ ФОРМУ</p> <p>а) двояковыпуклой линзы б) двояковогнутой линзы</p>	б)

<p>в) плоского диска г) выпуклого диска д) сферического диска</p>	
<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ АРТРОЗАХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА</p> <p>а) сужение суставной щели б) отсутствие суставной щели в) расширение суставной щели г) изменение формы костных элементов сустава д) контуры суставной головки нечеткие</p>	г)
<p>ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СУПЕРКОНТАКТОВ В ЗАДНЕМ КОНТАКТНОМ ПОЛОЖЕНИИ, НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ СМЕЩАЮТ</p> <p>а) дистально б) в правую боковую окклюзию в) в левую боковую окклюзию г) в переднюю окклюзию д) в заднюю окклюзию</p>	а)
<p>РАЗНИЦА ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ И ПРИ СМЫКАНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ</p> <p>а) 0,5-1 мм. б) 2-4 мм. в) 5-6 мм. г) 6-8 мм. д) 8-12 мм.</p>	б)
<p>УГОЛ САГИТТАЛЬНОГО СУСТАВНОГО ПУТИ РАВЕН</p> <p>а) 20 градусов б) 33 градуса в) 75 градусов г) 110 градуса д) 180 градусов</p>	б)
<p>УГОЛ ГИЗИ (ГОТИЧЕСКИЙ УГОЛ) РАВЕН</p> <p>а) 75 градусов б) 110 градуса в) 60-65 градусов г) 33 градуса д) 20 градусов</p>	б)
<p>УГОЛ ТРАНСВЕРЗАЛЬНОГО СУСТАВНОГО ПУТИ РАВЕН</p> <p>а) 15-17 градусов б) 30-33 градуса в) 60-65 градусов г) 75 градусов д) 110 градусов</p>	а)
<p>ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ</p> <p>а) измерение высоты нижнего отдела лица б) измерение высоты среднего отдела лица в) анализ функциональной окклюзии г) рентгенологическое исследование д) электромиографическое исследование</p>	г)
<p>СРОКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА</p> <p>а) 1 нед. б) 2 нед.</p>	д)

<p>в) 1 мес. г) 2 мес. д) 3-6 мес.</p>	
<p>ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ КАППОВОЙ ШИНЫ, ПРИМЕНЯЮЩЕЙСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ГЛУБОКОГО ПРИКУСА, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) нормализация положения нижней челюсти б) увеличение межальвеолярной высоты в) устранение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава г) устранение патологического прикуса д) уменьшение межальвеолярной высоты</p>	а)
<p>ОСНОВНОЙ ОШИБКОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЗРОСЛЫХ С ГЛУБОКИМ (ВТОРИЧНЫМ) ПРИКУСОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) протезирование без предварительного устранения глубокого травмирующего прикуса б) расширение показаний к изготовлению мостовидных протезов в) расширение показаний к имплантации г) необоснованное мезиальное смещение нижней челюсти д) повышение прикуса на мостовидных протезах без предварительной подготовки</p>	а)
<p>ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ</p> <p>а) лицевыми, глотательными, зубными б) зубными, суставными, мышечными в) язычным, мышечным, суставным г) зубным, глотательным, лицевым д) зубными, язычными, глотательными</p>	б)
<p>"АНОМАЛИЯ" ПРИКУСА – ЭТО</p> <p>а) нарушение развития формы и функции зубочелюстной системы б) частичная потеря зубов в) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами г) зубоальвеолярное удлинение, связанное с потерей зубов д) зубоальвеолярное удлинение, связанное с заболеваниями пародонта</p>	а)
<p>МАКРОДЕНТИЯ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ</p> <p>а) размеров зубов б) количества зубов в) задержки прорезывания зубов г) преждевременного прорезывания зубов д) структуры твердых тканей зубов</p>	а)
<p>ГИПЕРОДЕНТИЯ – ЭТО</p> <p>а) увеличение размеров зубов б) наличие сверхкомплектных зубов в) отсутствие комплектных зубов г) преждевременное прорезывание зубов д) гиперплазия (эмалевые капли)</p>	б)
<p>ГИПОДЕНТИЯ – ЭТО</p> <p>а) вторичная адентия б) отсутствие сверхкомплектных зубов в) запоздалое прорезывание зубов г) увеличение размеров зубов д) отсутствие зачатков зубов</p>	д)
<p>ТОРТОАНОМАЛИЯ – ЭТО</p> <p>а) смещение зуба вестибулярно б) смещение зуба орально в) смещение зуба выше окклюзионной плоскости</p>	д)

<p>г) взаимное изменение местоположения зубов в зубном ряду д) поворот зуба вокруг своей оси</p>	
<p>ЭНГЛЬ В СВОЕЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЗА ОСНОВУ ВЗЯЛ</p> <p>а) взаимоотношение зубов во фронтальном отделе б) нарушение формы зубных рядов в) нарушение прикуса г) взаимоотношение первых постоянных моляров д) функциональные нарушения</p>	г)
<p>ПЕРВЫЙ И ВТОРОЙ ПОДКЛАССЫ II КЛАССА КЛАССИФИКАЦИИ ЭНГЛЯ РАЗЛИЧАЮТСЯ ПОЛОЖЕНИЕМ</p> <p>а) резцов б) клыков в) премоляров г) моляров д) моляров и премоляров</p>	а)
<p>ИЗБЫТОК МОНОМЕРА ВЛИЯЕТ НА РЕЗУЛЬТАТ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ ПЛАСТМАССЫ</p> <p>а) увеличивает усадку б) снижает усадку в) не влияет г) увеличивает плотность д) снижает плотность</p>	а)
<p>К ПЛАСТМАССАМ ДЛЯ НЕСЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) Синма-74, Синма-М б) редонт в) протакрил г) акрил, бакрил д) фторакс</p>	а)
<p>БАЗИСНЫЕ ПЛАСТМАССЫ ЭТО</p> <p>а) этакрил, акрил, бакрил, фторакс б) стадонт, акрилоксид, норакрил в) ортопласт, эластопласт, ортосил-М г) протемп, синма-М д) этакрил, ортосил-М, синма-М</p>	а)
<p>ПРИ УСКОРЕНИИ РЕЖИМА ПОЛИМЕРИЗАЦИИ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ</p> <p>а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения</p>	а)
<p>ПРИ ЗАТЯГИВАНИИ ПРОЦЕССА ФОРМОВКИ ПЛАСТМАССОВОГО ТЕСТА В КЮВЕТУ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ</p> <p>а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения</p>	в)
<p>ПРИ ЗАКЛАДЫВАНИИ В КЮВЕТУ НЕДОЗРЕВШЕЙ ПЛАСТМАССЫ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ</p>	б)

<p>а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения</p>	
<p>ЕСЛИ ДАВЛЕНИЕ НА ПЛАСТМАССУ ПОД ПРЕССОМ БОЛЬШЕ ДАВЛЕНИЯ В СТРУБЦИНЕ, МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ</p> <p>а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения</p>	в)
<p>ПРИ ФОРМОВКИ ПЛАСТМАССОВОГО ТЕСТА В НЕОСТЫВШУЮ КЮВЕТУ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ</p> <p>а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения</p>	а)
<p>К БЫСТРОТВЕРДЕЮЩЕЙ (САМОТВЕРДЕЮЩЕЙ) ПЛАСТМАССЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) акронил б) редонт в) фторакс г) эладент д) Синма-М</p>	б)
<p>ЕСЛИ СРОК ПОЛИМЕРИЗАЦИИ БАЗИСНОЙ ПЛАСТМАССЫ УДЛИНИЛСЯ ВТРОЕ, ТО ОНА</p> <p>а) станет хрупкой б) станет вязкой в) побледнеет или обесцветится г) сохранит все свойства д) станет прочнее</p>	а)
<p>КОБАЛЬТОХРОМОВЫЕ СПЛАВЫ ОБЛАДАЮТ ФИЗИКО-МЕХАНИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ</p> <p>а) пластичностью б) ковкостью в) упругостью г) высокой теплопроводностью д) низкой теплопроводностью</p>	в)
<p>ПРОЧНОСТЬ ЗАТВЕРДЕВАЮЩЕГО ГИПСА МОЖНО УВЕЛИЧИТЬ, ЗАМЕШАВ ЕГО НА</p> <p>а) горячей воде б) холодной воде в) 3% растворе буры г) 3% растворе поваренной соли д) растворе соды</p>	в)
<p>ПРОЧНОСТЬ ЗАТВЕРДЕВАЮЩЕГО ГИПСА МОЖНО УМЕНЬШИТЬ, ЗАМЕШАВ ЕГО</p>	а)

<p>а) на 3% растворе поваренной соли б) с меньшим количеством воды в) на 3% растворе буры г) растворе соды д) на горячей воде</p>	
<p>ЗАТВЕРЖДЕНИЕ ГИПСА МОЖНО УСКОРИТЬ, ЗАМЕШАВ ЕГО НА</p> <p>а) горячей воде б) 5% растворе сахара в) 3% растворе селитры г) 5% растворе спирта д) 3% растворе буры</p>	в)
<p>ЯВЛЕНИЕ КОГЕЗИИ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЦЕМЕНТОВ — ЭТО</p> <p>а) низкая растворимость б) нейтральная реакция ПН в) механическое соединение с поверхностями г) высокая степень упругости д) низкая степень упругости</p>	в)
<p>ДЛЯ КИСЛОТНОГО ПРОТРАВЛИВАНИЯ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ 30 – 40% КИСЛОТА</p> <p>а) соляная б) ортофосфорная в) фтористоводородная г) уксусная д) азотная</p>	б)
<p>ГИПСОВЫЕ ФОРМОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ОТЛИВКИ ЭЛЕМЕНТОВ КОНСТРУКЦИИ ИЗ</p> <p>а) золотых сплавов б) серебряных сплавов в) хромоникелевых сплавов г) хромокобальтовых сплавов д) никелид титановых сплавов</p>	а)
<p>ИСКУССТВЕННЫЕ ЗУБЫ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В ПРОТЕЗАХ МОГУТ БЫТЬ</p> <p>а) пластмассовыми б) фарфоровыми в) пластмассовыми и фарфоровыми г) пластмассовыми, фарфоровыми, металлическими д) фарфоровыми и металлическими</p>	г)
<p>ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКОЙ ПАМЯТЬЮ ОБЛАДАЮТ СПЛАВЫ НА ОСНОВЕ</p> <p>а) никеля и хрома б) кобальта и хрома в) кобальта г) никеля хрома и молибдена д) никелида титана</p>	д)
<p>МАТЕРИАЛЫ, ИЗУЧАЕМЫЕ В РАЗДЕЛАХ МАТЕРИАЛОВЕДЕНИЯ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА</p> <p>а) основные и вспомогательные б) основные и клинические</p>	в)

<p>в) основные, вспомогательные и клинические</p> <p>г) основные и вспомогательные</p> <p>д) вспомогательные и клинические</p>	
<p>В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ</p> <p>а) протетические</p> <p>б) функциональные, протетические</p> <p>в) аппаратные, аппаратно-хирургические, протетические, функциональные</p> <p>г) протетические, аппаратные</p> <p>д) аппаратные, протетические</p>	в)
<p>НАЗВАНИЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ, ОТРАЖАЮЩЕГО ВРЕМЯ, ПРОШЕДШЕЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ</p> <p>а) непосредственное, ближайшее и повторное</p> <p>б) ближайшее, отдаленное и повторное</p> <p>в) непосредственное, ближайшее и отдаленное</p> <p>г) непосредственное, отдаленное и повторное</p> <p>д) ближайшее, отдаленное</p>	в)
<p>ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ДВУСТОРОННИЙ КОНЦЕВОЙ ДЕФЕКТ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ</p> <p>а) I</p> <p>б) II</p> <p>в) III</p> <p>г) IV</p> <p>д) V</p>	а)
<p>ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ОДНОСТОРОННИЙ КОНЦЕВОЙ ДЕФЕКТ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ</p> <p>а) I</p> <p>б) II</p> <p>в) III</p> <p>г) IV</p> <p>д) V</p>	б)
<p>ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ВКЛЮЧЕННЫЙ ДЕФЕКТ В БОКОВОМ ОТДЕЛЕ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ</p> <p>а) I</p> <p>б) II</p> <p>в) III</p> <p>г) IV</p> <p>д) V</p>	в)
<p>ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ВКЛЮЧЕННЫЙ ДЕФЕКТ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ</p> <p>а) I</p> <p>б) II</p> <p>в) III</p> <p>г) IV</p> <p>д) V</p>	г)
<p>КОЛИЧЕСТВО СПОСОБОВ ЗАГИПСОВКИ ВОСКОВОЙ МОДЕЛИ В КЮВЕТУ</p> <p>а) один</p> <p>б) два</p> <p>в) три</p> <p>г) четыре</p> <p>д) пять</p>	в)
<p>СПОСОБЫ ЗАГИПСОВКИ ВОСКОВОЙ МОДЕЛИ ПРОТЕЗА В КЮВЕТУ</p> <p>а) прямой, обратный, комбинированный</p> <p>б) внутренний, наружный, комбинированный</p>	а)

<p>в) прямой, косвенный г) прямой, косвенный, комбинированный, д) прямой, внутренний, наружный</p>	
<p>СРОК ПОЛЬЗОВАНИЯ ЧАСТИЧНЫМ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗОМ</p> <p>а) 1 год б) 2–3 года в) 3–4 года г) 5–6 лет д) 6–8 лет</p>	в)
<p>ВТОРОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЧАСТИЧНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ</p> <p>а) обследование больного, получение оттисков б) изготовление моделей и шаблонов с прикусными валиками в) проверка конструкции протеза г) определение центральной окклюзии д) постановка искусственных зубов</p>	г)
<p>ДЛЯ ПОЧИНОК БАЗИСА СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ</p> <p>а) ортопласт, акрил б) фторакс, бакрил в) протакрил, редонт г) этакрил, стадонт д) ортопласт, этакрил</p>	в)
<p>ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНОК И МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ЗУБЫ С РАЗРУШЕННОЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТЬЮ</p> <p>а) особенности отсутствуют б) зубы подлежат удалению в) разрушенные зубы нужно предварительно восстановить культевыми вкладками или анкерными штифтами г) разрушенные зубы нужно предварительно восстановить композиционными материалами д) разрушенные зубы остаются внутри протеза</p>	в)
<p>БЮГЕЛЬНЫЙ ПРОТЕЗ СОСТОИТ ИЗ</p> <p>а) дуги и искусственных зубов б) дуги, искусственных зубов и кламмеров в) дуги, искусственных зубов, кламмеров и седловидных частей г) искусственных зубов, кламмеров и седловидных частей д) дуги, кламмеров и седловидных частей</p>	в)
<p>НЕСЪЕМНЫЕ МОСТОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПО СПОСОБУ ПЕРЕДАЧИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К</p> <p>а) физиологическим б) полуфизиологическим в) нефизиологическим г) неблагоприятным д) патологическим</p>	а)
<p>НА ЦОКОЛЬ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ ДЛЯ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ НАНОСЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ЛИНИИ</p> <p>а) обзора б) экватора зуба в) продольной оси зуба г) десневого края д) межзубную линию</p>	в)
<p>ОТЛИВКА КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРОИЗВОДИТСЯ НА МОДЕЛИ</p> <p>а) рабочей б) дублированной</p>	в)

<p>в) огнеупорной г) супергипсовой д) обычной гипсовой</p>	
<p>ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОГНЕУПОРНОЙ МОДЕЛИ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ</p> <p>а) параллелометрию рабочей модели б) параллелографию рабочей модели в) изолировать зоны поднутрения рабочей модели г) изолировать зоны поднутрения рабочей и вспомогательной модели д) дублировать рабочую модель</p>	д)
<p>ПЛЕЧО КЛАММЕРА ПРИЛЕЖИТ К ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА</p> <p>а) не прилегает к поверхности зуба б) в одной точке в) в двух точках г) в трех точках д) по всей своей длине</p>	д)
<p>В БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗАХ ПРИМЕНЯЮТСЯ КЛАММЕРА, ИЗГОТОВЛЕННЫЕ МЕТОДОМ</p> <p>а) литья б) штамповки в)ковки г) изгибания д) пайки</p>	а)
<p>ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПОСЛЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ И ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ СЛЕДУЕТ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП</p> <p>а) проверка конструкции бюгельного протеза с искусственными зубами б) припасовка и наложение готового бюгельного протеза в) припасовка каркаса бюгельного протеза г) сдача протеза д) коррекция бюгельного протеза</p>	в)
<p>УКАЖИТЕ АППАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ РЕПОНИРУЮЩЕГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ</p> <p>а) шина Ванкевича б) шина Порта в) проволочная шина-скоба г) шина лемберга д) проволочные шины по Тигерштедту</p>	а)
<p>УКАЖИТЕ АППАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ ВНУТРИРОТОВЫХ НАЗУБНЫХ ФИКСИРУЮЩИХ</p> <p>а) проволочные шины по Тигерштедту б) шина Вебера в) шина Порта г) шина Ванкевича д) проволочная шина-скоба</p>	а)
<p>УКАЖИТЕ АППАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ ВНУТРИРОТОВЫХ НАДЕСНЕВЫХ ФИКСИРУЮЩИХ</p> <p>а) шина Порта б) шина Вебера в) шина Тигерштедта г) шина Лимберга д) проволочная шина-скоба</p>	а)
<p>УКАЖИТЕ АППАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ ВНУТРИРОТОВЫХ ЗУБОНАДЕСНЕВЫХ ФИКСИРУЮЩИХ</p> <p>а) шина Порта б) шина Вебера</p>	б)

<p>в) шина Тигерштедта г) шина Лимберга д) проволочная шина-скоба</p>	
<p>УКАЖИТЕ ПРИЧИНЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИМСЯ ПЕРЕЛОМАМ</p> <p>а) неправильное сопоставление отломков б) недостаточная фиксация отломков в) нарушение времени фиксации отломков г) нарушение гигиены полости рта д) применение лечебной гимнастики</p>	а)
<p>ПРИ ЛОЖНОМ СУСТАВЕ СЪЕМНЫЙ ПРОТЕЗ ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ</p> <p>а) с одним базисом б) с двумя фрагментами и подвижной фиксацией между ними в) с металлическим базисом г) мягкой подкладкой д) с мягким базисом</p>	б)
<p>ОСОБЕННОСТИ СНЯТИЯ ОТТИСКОВ ПРИ СТОМОНАЗАЛЬНЫХ ДЕФЕКТАХ (ПРИОБРЕТЕННЫХ)</p> <p>а) необходимость тампонирования дефекта б) сегментарное снятие оттиска в) снятие оттиска разборной ложкой г) снятие оттиска без тампонады дефекта д) снятие оттиска индивидуальной ложкой</p>	а)
<p>ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ ЧЕЛЮСТЕЙ И ОДИНОЧНОМ ЗУБЕ НА СОХРАНИВШЕМСЯ УЧАСТКЕ ЧЕЛЮСТИ, НАИБОЛЕЕ ПРИМЕНИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ ФИКСИРУЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ</p> <p>а) фиксирующие кламмеры б) магнитные элементы в) телескопические коронки г) использование эластичной массы д) использование термопластической массы</p>	в)
<p>КОНСТРУКЦИЯ ОБТУРИРУЮЩЕЙ ЧАСТИ ПРОТЕЗА ПРИ СРЕДИННОМ ДЕФЕКТЕ КОСТНОГО НЕБА СЛЕДУЮЩАЯ</p> <p>а) на базисе нет obturating части б) obturator высоко входит в полость носа в) obturator не высоко входит в полость носа г) на базисе вокруг дефекта создан небольшой валик д) obturator возвышается над базисом на 2-3 мм</p>	д)
<p>КОНТРАКТУРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ</p> <p>а) костная б) рефлекторно-мышечная в) рубцовая г) рефлекторно-мышечная, рубцовая д) костная, рефлекторно-мышечная, рубцовая</p>	д)
<p>БОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОЙ КОНСТРУКЦИЕЙ ОБТУРАТОРА ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) obturator полый, воздухоносный б) obturator массивный, монолитный в) obturator монолитный г) obturator изготовлен в виде тонкой пластинки д) разнообразная конструкция obturating части</p>	а)
<p>НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ФОРМИРОВАНИЯ ОБТУРИРУЮЩЕЙ ЧАСТИ ПРОТЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) на модели восковыми композициями б) в полости рта функциональное формирование obturating части с помощью термопластических масс на готовом протезе</p>	в)

<p>в) в полости рта на жестком базисе (термопластмассами) г) в полости рта на восковой конструкции протеза слепочными массами д) в модели термопластическими массами</p>	
<p>НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМИ СРОКАМИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ РЕЗЕКЦИОННОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) через 2 месяца после операции б) через 6 месяцев после операции в) через 2 недели после операции г) до оперативного вмешательства д) через 1 месяц после операции</p>	г)
<p>НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНО ОПРЕДЕЛЯЮТ СТЕПЕНЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОБТУРИРУЮЩИМ ПРОТЕЗОМ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ</p> <p>а) рентгенография б) применение диагностических моделей в) фагиография г) реопарадонттография д) электромиография</p>	в)
<p>НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ МЕТОДАМИ ПРИ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ ЖЕВАНИЯ С ОБТУРИРУЮЩИМ ПРОТЕЗОМ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) применение диагностических моделей б) электромиография в) реопарадонттография г) рентгенография д) фагиография</p>	б)
<p>НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ПРИ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЦЕННОСТИ ОБТУРИРУЮЩЕГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) осмотр полости рта б) фонетические пробы в) глотание воды г) проверка окклюзии и артикуляции д) функциональные пробы</p>	в)
<p>К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ОБЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) нарушение функции речи б) нарушение формирования пищевого комка в) нарушение функции глотания г) несмыкание ротовой щели д) нарушение окклюзионных соотношений с зубами верхней челюсти</p>	д)
<p>ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИМИСЯ ОТЛОМКАМИ</p> <p>а) предварительное (ортодонтическое) исправление положения отломков б) предварительное (ортодонтическое) исправление положения зубной дуги в) изготовление протезов с расположением искусственных зубов по центру альвеолярного отростка г) изготовление протезов с двойным рядом зубов д) изготовление протезов с искусственными зубами</p>	г)
<p>К СПОСОБАМ НОРМАЛИЗАЦИИ ОККЛЮЗИОННЫХ СООТНОШЕНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ОТЛОМКАХ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) ортодонтическое исправление положения отломков б) предварительное исправление положения зубной дуги в) удаление зубов</p>	г)

г) изготовление двойного ряда зубов д) наложение репонирующего аппарата	
УКАЖИТЕ ОДИН ИЗ ВАЖНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ а) нарушение прикуса при сомкнутых челюстях б) невозможность закрыть рот в) невозможность открыть рот г) глубокое перекрытие нижних зубов верхними д) дистальный сдвиг нижней челюсти	а)
ТАКТИКА ВРАЧА В ОТНОШЕНИИ ЗУБОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЩЕЛИ ПЕРЕЛОМА ПРИ НАЛИЧИИ ГЛУБОКИХ ЗУБОДЕСНЕВЫХ КАРМАНОВ а) удаление б) консервативное лечение в) шинирование быстротвердеющей пластмассой г) шинирование с помощью лигатурной проволоки д) шинирование с помощью вкладок	а)
1. ЦЕЛЕВОЙ ПУНКТ ПРИ БЛОКАДЕ ПО ГОУ-ГЕЙТСУ а) латеральная сторона шейки мышечного отростка у основания шейки б) торец нижней челюсти в) наружная косая линия г) нижнелуночковое отверстие д) ментальное отверстие	а)
2. ПРИ НЕБНОЙ (ПАЛАТИНАЛЬНОЙ) АНЕСТЕЗИИ БЛОКИРУЮТСЯ а) носонебный нерв б) передние верхнелуночковые нервы в) средние верхнелуночковые нервы г) задние верхнелуночковые нервы д) большой небный нерв	д)
3. АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ВКОЛА ИГЛЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ АПОДАКТИЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ а) крыловидно-нижнечелюстная складка б) наружная косая линия в) внутренняя косая линия г) переходная складка д) бугор верхней челюсти	а)
4. К МЕТОДАМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ АНЕСТЕЗИЯ а) мандибулярная б) ментальная в) торусальная г) палатинальная д) по Гоу-Гейтсу	г)
5. АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, В КОТОРОЕ УПИРАЕТСЯ ИГЛА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ У ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ПО ВАЙСБЛАТУ а) наружная косая линия б) скулоальвеолярный гребень в) верхнечелюстной бугор г) латеральная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости д) медиальная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости	г)
6. ГЛУБИНА ПОГРУЖЕНИЯ ИГЛЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТЕВЛОВОЙ АНЕСТЕЗИИ У КРУГЛОГО ИЛИ ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ а) 0,5 см б) 1-2 см	г)

<p>в) 2-3 см г) 4-6 см д) 8-9 см</p>	
<p>7. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТВОЛОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ОРБИТАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ВЫКЛЮЧАЕТСЯ</p> <p>а) нижнечелюстной нерв б) верхнечелюстной нерв в) палатинальный нерв г) задние луночковые ветви д) глазничный нерв</p>	б)
<p>8. ЦЕЛЕВОЙ ПУНКТ ПРИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ</p> <p>а) латеральная сторона шейки мышечного отростка у основания шейки б) торус нижней челюсти в) наружная косая линия г) нижнелуночковое отверстие д) ментальное отверстие</p>	г)
<p>9. ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ОТДАНО СЛЕДУЮЩИМ ПУТЯМ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВ</p> <p>а) внутривенному б) интратрахеальному в) подъязычному г) внутрисердечному д) подключичному</p>	г)
<p>10. СООТНОШЕНИЕ ДЫХАНИЙ И КОМПРЕССИЙ НА ГРУДИНУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ ДВУМЯ ЛИЦАМИ</p> <p>а) на 1 вдох — 2 компрессии б) на 1 вдох — 10 компрессий в) на 1 вдох — 5 компрессий г) на 2 вдоха — 15 компрессий д) на 2 вдоха — 30 компрессий</p>	д)
<p>11. ПО ХИМИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ БЕТА-ДИЭТИЛАМИНО-ЭТАНОЛОВЫМ ЭФИРОМ ПАРАБЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) новокаин б) артикаин в) мепивакаин г) бупивакаин д) тримекаин</p>	а)
<p>12. АНЕСТЕТИК, ОКАЗЫВАЮЩИЙ СЛАБОЕ СЕДАТИВНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ И ОБЛАДАЮЩИЙ СЛАБОВЫРАЖЕННЫМ ГИПОТЕНЗИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ</p> <p>а) лидокаин б) кокаин в) новокаин г) тримекаин д) этидикаин</p>	г)
<p>13. ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИМЕНЯЮТ РАСТВОР АРТИКАИНА</p> <p>а) 0,5% б) 4% в) 6% г) 10% д) 20%</p>	б)
<p>14. ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИМЕНЯЮТ РАСТВОР НОВОКАИНА</p> <p>а) 0,5%</p>	б)

б) 2% в) 6% г) 10% д) 20%	
15. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ а) бупивакаин б) артикаин в) кокаин г) мепивакаин д) этидикаин	г)
16. САМЫЙ ТОКСИЧНЫЙ АНЕСТЕТИК а) бупивакаин б) артикаин в) мепивакаин г) лидокаин д) новокаин	а)
17. ВАЗОКОНСТРИКТОРОМ ДЛЯ БУПИВАКАИНА ЯВЛЯЕТСЯ а) эпинефрин б) норадrenalин в) левонордефрин г) фелиприсин д) вазопрессин	а)
18. НЕ ОБЛАДАЕТ СОСУДОРАСШИРЯЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ а) лидокаин б) тримекаин в) мепивакаин г) артикаин д) бупивакаин	в)
19. АНАСТЕТИК ВЫБОРА У БЕРЕМЕННЫХ а) артикаин б) мепивакаин в) новокаин г) лидокаин д) этидикаин	а)
20. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ИНГРЕДИЕНТ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ НАЛИЧИИ ВАЗОКОНСТРИКТОРА а) растворитель б) стабилизатор в) консервант г) ликвидатор тяжелых металлов д) вода	б)
1. В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОСПАЛЕНИЯ В ПЕРИАПЕКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ а) кератокиста б) радикулярная киста в) фолликулярная киста г) назоальвеолярная киста д) примордиальная	б)
2. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНА ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ а) в виде «тающего сахара» б) с нечеткими границами в области образования в) в виде нескольких полостей с четкими контурами г) с четкими границами размером более 1 см д) с четкими контурами и тенью зуба в полости	г)

3. ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С а) цементом б) фиброзной дисплазией в) твердой одонтомой г) репаративной гранулемой д) амелобластомой	д)
4. ПУНКТАТ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ МЕЕТ ВИД а) лимфы б) прозрачной жидкости с кристаллами холестерина в) холестеотомных масс г) мутной жидкости д) сукровицы	б)
5. КИСТА, ОСТАВШАЯСЯ ИЛИ, ВОЗНИКШАЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА а) резидуальная б) фолликулярная в) гингивальная г) примордиальная д) радикулярная киста	а)
6. НЕОДОНТОГЕННОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИМЕЕТ а) резидуальная б) кератокиста в) радикулярная киста г) фолликулярная киста д) киста носо-небного канала	д)
7. СИМПТОМ «ПЕРГАМЕНТНОГО ХРУСТА» – это а) симптом Натансона б) симптом Дюпюитрена в) симптом Венсана г) симптом Гербера д) симптом Вайсблата	б)
8. ФЛЮКТУАЦИЯ ПРИ КИСТАХ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ВОЗНИКАЕТ В ПРОЦЕССЕ а) размягчения костной стенки б) чрезмерной оссификации костной стенки в) деформации костной стенки г) рассасывания костной стенки д) остеопороза	г)
9. ИЗУЧЕНИЕ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА МАТЕРИАЛА, ПОЛУЧЕННОГО ПУТЕМ ПУНКЦИИ КИСТЫ – ЭТО а) гистологическое исследование б) бактериологическое исследование в) иммунологическое исследование г) цитологическое исследование д) биохимическое исследование	г)
10. КИСТА С ОЧАГОМ РАЗРЕЖЕНИЯ КОСТИ С ЧЕТКИМИ И РОВНЫМИ КОНТУРАМИ И С ЗУБНЫМ ЗАЧАТКОМ НАЗЫВАЕТСЯ а) фолликулярной б) резидуальной в) кератокистой г) апикальной д) киста прорезывания	а)
11. ПРИ ВНЕДРЕНИИ КИСТЫ В ГАЙМОРОВУ ПАЗУХУ, ЕЕ ВЕРХНИЙ КОНТУР НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОЕЦИРУЕТСЯ В	в)

ВИДЕ а) квадрата б) юлы в) купола г) песочных часов д) прерывистой линии	
12. ЦИСТОСТОМИЯ– ЭТО а) рассечение стенки кисты с целью заполнения полости препаратами ускоряющими регенерацию кости б) рассечение стенки кисты с целью введения протеолитических ферментов в) рассечение стенки кисты с целью введения антибиотиков г) рассечение стенки кисты с целью удаления оболочки кисты д) рассечение стенки кисты с целью эвакуации ее содержимого	д)
13. ПЕРВЫЙ ЭТАП ЦИСТЭКТОМИИ а) резекция верхушек корней б) удаление оболочки кисты в) трепанация костной стенки кисты г) кюретаж костной полости д) формирование слизисто-надкостничного лоскута	д)
14. ПРИ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХУШЕК КОРНЕЙ ПРИЧИННОГО ЗУБА, ВЫСТУПАЮЩИЙ В ПОЛОСТЬ КИСТЫ, КОРЕНЬ СПИЛИВАЮТ а) до коронки зуба б) до уровня пломбировочного материала в) на 1/2 длины корня г) на 1/3 длины корня д) на 1/4 длины корня	г)
15. ОБЪЕДИНЕНИЕ ПОЛОСТИ КИСТЫ С ПОЛОСТЬЮ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХОЙ – ЭТО а) синусэктомия б) синуслифтинг в) синусостомия г) пиломидальный синус операция д) марсупиализация	в)
16. ПОЛНОЕ УДАЛЕНИЕ КИСТЫ, ПРОРАСТАЮЩЕЙ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ – ЭТО а) синусэктомия б) синуслифтинг в) синусостомия г) пиломидальный синус операция д) марсупиализация	а)
17. ПРИ ОПЕРАЦИИ СИНУСЭКТОМИЯ СОЗДАЮТ СОУСТЬЕ В а) верхний носовой ход б) средний носовой ход в) нижний носовой ход г) общий носовой ход д) полость рта	в)
18. ДРЕНИРОВАНИЕ ПОЛОСТИ КИСТЫ ПРОВОДЯТ С ЦЕЛЮЮ а) отторжения оболочки кисты б) рассасывания оболочки кисты в) сращения краев раны г) предупреждения «слипания» краев слизистой оболочки д) формирования свища	г)
19. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ а) цистэктомия	а)

<p>б) криодеструкция в) склерозирование г) частичная резекция челюсти д) марсупиализация</p>	
<p>20. ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, ЦЕЛЬЮ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛНОЕ (ВМЕСТЕ С ОБОЛОЧКОЙ) УДАЛЕНИЕ КИСТЫ ЧЕРЕЗ ТРЕПАНАЦИОННОЕ ОТВЕРСТИЕ В ЧЕЛЮСТИ</p> <p>а) цистотомия б) цистостомия в) цистэктомия г) цистоплегия д) марсупиализация</p>	в)
<p>1. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО С ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ НАЧИНАЮТ</p> <p>а) с осмотра выводных протоков б) сбора жалоб и анамнеза заболевания в) с пальпации слюнных желез г) с рентгенологического обследования д) с гистологического обследования</p>	б)
<p>2. СИАЛОГРАФИЯ – МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЙ</p> <p>а) введение в железу через проток кислорода б) введение в железу раствора йодоформа в) исследование секреторной функции железы г) искусственное контрастирование железы д) промывание протоков слюнных желез антисептиками</p>	г)
<p>3. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОНКРЕМЕНТА, ЛОКАЛИЗУЮЩЕГОСЯ В ПРОТОКЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>а) пункцию б) бужирование протока в) рентгенографию дна полости рта г) рентгенографию нижней челюсти в боковой проекции д) рентгенографию нижней челюсти в прямой проекции</p>	в)
<p>4. НА СИАЛОГРАММЕ ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ СИАЛОДЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) выраженным расширением протоков I и II порядка б) запустеванием протоков IV, V порядка, появлением округлых полостей в) сужением всех протоков железы г) деформация протоков, появление дефектов наполнения д) критическим уменьшением размеров железы</p>	б)
<p>5. ПРИЗНАКИ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШЕГОСЯ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</p> <p>а) формирование свищей и гноетечение из них б) нарушение окклюзионных соотношений зубных рядов в) тугая подвижность отломков в области перелома г) ограничение открывания рта д) боль в челюсти</p>	б)
<p>6. ЛИКВОРЕЯ ИЗ НОСА И УШЕЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОДТВЕРЖДАЕТ</p> <p>а) перелом стенок верхнечелюстной пазухи б) перелом основания черепа в) перелом височной кости г) перелом лобной пазухи д) перелом костей носа</p>	б)

<p>7. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕОБХОДИМА РЕНТГЕНОГРАММА</p> <p>а) нижней челюсти в прямой проекции б) внутриротовая в) придаточных пазух носа и скуловых костей г) обзорные рентгенограммы черепа д) костей черепа</p>	в)
<p>8. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</p> <p>а) головная боль б) носовое кровотечение в) патологическая подвижность нижней челюсти г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей д) нарушение прозрачности гайморовых пазух на рентгенограмме</p>	г)
<p>9. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА У ПОСТРАДАВШЕГО С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫЯСНИТЬ</p> <p>а) количество алкоголя, который принял пострадавший б) были в анамнезе переломы нижней или верхней челюсти в) время и характер травмы, количество ударов, была ли потеря сознания, тошнота г) имеется ли непереносимость лекарственных препаратов д) имеется ли у него медицинская страховка</p>	в)
<p>10. К СИАЛОАДЕНИТАМ ВИРУСНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТ</p> <p>а) неспецифический сиалоаденит б) специфический сиалоаденит в) эпидемический паротит г) болезнь Микулича д) болезнь Шегрена</p>	в)
<p>11. С ЦЕЛЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО И ОСТРОГО ГНОЙНОГО СИАЛОАДЕНИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ</p> <p>а) контрастная сиалография б) обзорная сиалография слюнных желез в) пункция железы г) исследование отделяемого из протока слюнной железы д) исследование количества слюны</p>	г)
<p>12. БОЛЕЗНЬ МИКУЛИЧА РАССМАТРИВАЮТ КАК</p> <p>а) локализованную форму гранулематоза б) локализованную форму лимфоматоза в) локализованную форму коллагеноза г) локализованную форму амилоидоза д) локализованную форму фиброматоза</p>	б)
<p>13. КАМНИ, ЛОКАЛИЗУЮЩИЕСЯ В ПАРЕНХИМЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p> <p>а) удаляют вместе с железой б) удаляют со стороны полости рта в) подвергают литотрипсии (дробят ультразвуком) г) удаляют путем рассечения паренхимы железы д) оставляют под наблюдением</p>	а)
<p>14. СПОСОБ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ КАЗАНЬЯНА И КОНВЕРСА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ДОСТУП К КОСТНЫМ ФРАГМЕНТАМ</p> <p>а) путем разреза тканей в височной области б) со стороны верхнечелюстной пазухи после проведения гайморотомии в) со стороны полости рта разрез выполняется по переходной складке в области первого и второго моляров</p>	б)

г) из разреза над скуловой дугой д) внутриорбитальный путь	
15. ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ а) дуга Энгля б) остеосинтез в) аппарат Збаржа г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой д) фиксация миниплатами	г)
16. ЛИГАТУРНОЕ СВЯЗЫВАНИЕ ЗУБОВ ПО АЙВИ ОТНОСЯТ а) к лечебным способам иммобилизации отломков б) к одному из способов остеосинтеза в) к способам транспортной иммобилизации г) к одному из способов ортопедического лечения д) к комплексному способу иммобилизации отломков	в)
17. ЛЕЧЕБНУЮ ИММОБИЛИЗАЦИЮ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ АППАРАТАМИ а) Илизарова б) Гудушаури в) Маланчука г) Рудько д) Ковтуна	г)
18. ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ НА ОБЕИХ ЧЕЛЮСТЯХ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ШИН а) шину Порта б) шину Ванкевич в) шину Тигерштедта г) шину Шредера со скользящим шарниром д) шину Лимберга	а)
19. ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЕ ПЕРЕЛОМАХ ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ И ОТСУТСТВИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ПРИМЕНЯЮТ а) шину скобу б) шину Васильева в) шину скобу с распорочным изгибом г) аппарат Рудько д) шину Порта	в)
20. ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛЕЗЫ НАЗНАЧАЮТ а) раствор пилокарпина б) раствор атропина в) раствор новокаина г) раствор мезатона д) раствор адреналина	а)
1. ОГРАНИЧЕННЫЙ ПРЕДРАКОВЫЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ а) на мягком небе б) на слизистой оболочке щеки в) на боковой поверхности языка г) на слизистой оболочке дна полости рта д) на красной кайме губы	д)
2. ОЧАГ ОГРАНИЧЕННОГО ГИПЕРКЕРАТОЗА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ а) очага поражения, выступающего над поверхностью губы б) очага поражения, несколько западающего ниже поверхности губы	б)

<p>в) очага поражения, резко выступающего над поверхностью губы</p> <p>г) очага поражения полушаровидной формы, покрытого чешуйками</p> <p>д) эрозии, покрытой гемморагическими корочками</p>	
<p>3. ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХЕЙЛИТА МАНГАНОТТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) выраженным гиперкератозом</p> <p>б) резкой пролиферацией покровного эпителия как вверх, так и вниз</p> <p>в) дефектом эпителия, заполненным густым диффузным инфильтратом</p> <p>г) утолщением эпителия за счет разрастания рогового и зернистого слоев</p> <p>д) разрушением базальной мембраны эпителиальными тяжами</p>	в)
<p>4. НАИБОЛЬШЕЙ СКЛОННОСТЬЮ К МАЛИГНИЗАЦИИ ОБЛАДАЕТ</p> <p>а) веррукозная лейкоплакия</p> <p>б) эрозивная лейкоплакия</p> <p>в) плоская лейкоплакия</p> <p>г) лейкоплакия Таппейнера</p> <p>д) мягкая лейкоплакия</p>	а)
<p>5. ОСНОВНОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ПРИВОДЯЩИЙ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЛЕЙКОПЛАКИИ</p> <p>а) патология желудочно-кишечного тракта</p> <p>б) влияние неблагоприятных метеорологических воздействий</p> <p>в) нарушение обмена витамина «А»</p> <p>г) местные раздражающие факторы</p> <p>д) профессиональные вредности</p>	г)
<p>6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ РАКА ГУБЫ ПРОВОДЯТ</p> <p>а) с сифилисом</p> <p>б) с фурункулом</p> <p>в) с карбункулом</p> <p>г) с атеромой</p> <p>д) с заедой</p>	а)
<p>7. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ – БАЗАЛИОМА КОЖИ ЛИЦА МОЖНО УСТАНОВИТЬ ПОСЛЕ</p> <p>а) биохимического исследования плазмы крови</p> <p>б) компьютерной томографии</p> <p>в) пункционной биопсии</p> <p>г) инцизионной биопсии</p> <p>д) консультации дерматолога</p>	г)
<p>8. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) межмышечная</p> <p>б) цилиндроклеточная</p> <p>в) плоскоклеточная</p> <p>г) мукоэпидермоидная</p> <p>д) смешанная</p>	в)
<p>9. БОЛЬШУЮ ЦЕННОСТЬ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИМЕЕТ</p> <p>а) электроодонтометрия зубов верхней челюсти</p> <p>б) риноскопия передняя и задняя, пальцевое исследование носоглотки</p> <p>в) стоматоскопия</p> <p>г) исследование жевательной функции</p> <p>д) рентгенография зубов верхней челюсти</p>	б)
<p>10. СИНОНИМ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ</p> <p>а) цилиндрома</p>	в)

<p>б) серая опухоль в) бурая опухоль г) красная опухоль д) ретенционная киста</p>	
<p>11. СИНОНИМОМ АМЕЛОБЛАСТОМЫ</p> <p>а) цементома б) гигантома в) адамантинома г) хондробластома д) эпюлид</p>	в)
<p>12. ДЕКУБИТАЛЬНУЮ ЯЗВУ ОТНОСЯТ К ПРЕДРАКАМ</p> <p>а) облигатным б) факультативным в) атипичным г) реактивным д) дистрофическим</p>	б)
<p>13. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЕРРУКОЗНОЙ ФОРМЫ ЛЕЙКОПЛАКИИ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>а) рентгенотерапию б) диатермокоагуляцию в) облучение гелий-неоновым лазером г) диадинамотерапию д) дарсонвализацию</p>	б)
<p>14. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОРОДАВЧАТОГО ПРЕДРАКА КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ</p> <p>а) химиотерапия б) инцизионная биопсия в) клиновидная резекция губы с очагом поражения г) электрокоагуляция д) лучевая терапия</p>	в)
<p>15. ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛИОМЫ И ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ</p> <p>а) иссечение опухоли полуовальными разрезами, отступя от краев 5 – 10 см б) иссечение опухоли полуовальными разрезами, отступя от краев 3 – 5 см в) иссечение опухоли полуовальными разрезами отступя от краев 5 – 10 мм г) иссечение опухоли полуовальными разрезами отступя от краев 1 – 2 мм д) иссечение опухоли полуовальными разрезами отступя от краев 0,5 мм</p>	в)
<p>16. КРИОГЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОТНОСЯТ</p> <p>а) к физиотерапевтическому методу б) к хирургическому методу в) к химиотерапевтическому методу г) к консервативному методу д) к лучевой терапии</p>	б)
<p>17. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АМЕЛОБЛАСТОМЫ</p> <p>а) энуклеации опухоли б) цистэктомии в) цистотомии г) резекции нижней челюсти в пределах здоровых тканей д) марсупиализации опухоли</p>	г)
<p>18. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПОЛОСТИ РТА ПРИМЕНЯЮТ</p>	а)

<p>а) операцию Крайла б) экстирпацию пораженных лимфатических узлов в) операцию Блохина г) операцию Брунса д) операция Аббе</p>	
<p>19. ЭКСЦИЗИОННУЮ БИОПСИЮ ПРОВОДЯТ</p> <p>а) путем пункции опухоли троакаром или иглой б) путем полного иссечения небольшой опухоли в легкодоступных местах в) путем иссечения фрагмента опухоли г) путем соскоба с поверхности опухоли д) путем взятия кусочка опухоли с помощью конхотома</p>	б)
<p>20. КЕРАТОПЛАСТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ</p> <p>а) рибофлавин б) аскорбиновая кислота в) солкосерил г) гидрокортизон д) метронидазол</p>	в)
<p>1. ИНСТРУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ</p> <p>а) распатор прямой б) шпатель, пинцет, зонд стоматологический, стоматологическое зеркало в) лопаточка Буяльского г) стоматологический пинцет д) стоматологическое зеркало</p>	б)
<p>2. ВНУТРИРОТОВЫЕ СПОСОБЫ РЕНТГЕНОГРАФИИ</p> <p>а) панорамная рентгенография б) рентгенография нижней челюсти в) рентгенография придаточных пазух носа г) рентгенография тканей дна полости рта вприкус д) ТРГ</p>	г)
<p>3. РЕНТГЕНКОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ЭТО</p> <p>а) томография б) сиалография в) радиовизиография г) гайморография д) фистулография</p>	б)
<p>4. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ СВИЩЕВЫХ ХОДОВ ПРИМЕНЯЮТ РЕНТГЕНКОНТРАСТНЫЙ МЕТОД</p> <p>а) томография б) сиалография в) радиовизиография г) гайморография д) фистулография</p>	д)
<p>5. ОТРОПАНТОМОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ПОЛУЧИТЬ</p> <p>а) изображение только верхней челюсти б) изображение только нижней челюсти в) изображение обеих челюстей г) изображение ВНЧС д) изображение только придаточных пазух носа</p>	в)

<p>6. ИССЛЕДОВАНИЯ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ЭТО</p> <p>а) гистологическое исследование б) цитологическое исследование в) микробиологическое исследование г) рентгенологическое исследование д) биохимическое</p>	б)
<p>7. ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <p>а) ПЦР б) ИФА в) ТРГ г) серологический метод д) эксфолиативный метод</p>	д)
<p>8. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ОТНОСЯТ</p> <p>а) опрос б) осмотр челюстно-лицевой области в) пальпация г) перкуссия д) пункция</p>	д)
<p>9. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <p>а) мазки отпечатки б) мазок – переотпечаток в) соскоб г) смыв и исследование промывных вод с поверхности исследуемого органа д) биопсия</p>	д)
<p>10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ ЭТО МЕТОД</p> <p>а) гистологический б) цитологический в) микробиологический г) рентгенологический д) иммунологический</p>	в)
<p>11. ИССЛЕДОВАНИЕ ВИДОВОГО СОСТАВА ВОЗБУДИТЕЛЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЛО ЭТО</p> <p>а) гистологическое исследование б) цитологическое исследование в) микробиологическое исследование г) рентгенологическое исследование д) иммунологическое исследование</p>	в)
<p>12. ПРИ ИНЦИЗИОННОЙ БИОПСИИ ПРОВОДЯТ</p> <p>а) иссечение части новообразования на границе со здоровой тканью б) удаляют весь патологический очаг в) проводят забор материала при помощи иглы г) проводят забор материала из кости с помощью трепана д) смыв и исследование промывных вод с поверхности исследуемого органа</p>	а)
<p>13. ПРИ ЭКСЦИЗИОННОЙ БИОПСИИ ПРОВОДЯТ</p> <p>а) иссечение части новообразования на границе со здоровой тканью б) удаляют весь патологический очаг в) проводят забор материала при помощи иглы г) проводят забор материала из кости с помощью трепана д) смыв и исследование промывных вод с поверхности исследуемого органа</p>	б)

<p>14. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ПРЕМОЛЯРОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ УСЛОВИИ, ЧТО КОРОНКА ЗУБА СОХРАНЕНА</p> <p>а) клювовидные щипцы со сходящимися щёчками б) клювовидные коронковые щипцы в) S-образные правосторонние г) клювовидные щипцы с несходящимися щёчками д) байонетные щипцы</p>	г)
<p>15. ЩИПЦЫ, ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</p> <p>а) клювовидные со сходящимися щечками б) клювовидные с несходящимися щечками в) клювовидные изогнутые по плоскости г) штыковидные щипцы с несходящимися щечками д) клювовидные коронковые</p>	а)
<p>16. НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УГЛОВЫМ ЭЛЕВАТОРОМ УДАЛЯЮТ</p> <p>а) резцы б) клыки в) премоляры г) моляры д) корни моляров</p>	д)
<p>17. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С СОХРАНЕННОЙ КОРОНКОЙ</p> <p>а) клювовидные коронковые б) прямые в) S – образные г) S – образные право или левосторонние д) байонетные</p>	г)
<p>18. ШИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ НИЖНИХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ ПРИ ОГРАНИЧЕНИИ ОТКРЫВАНИИ РТА</p> <p>а) байонетные щипцы б) клювовидные коронковые в) клювовидные щипцы со сходящимися щёчками г) клювовидные щипцы с несходящимися щёчками д) клювовидные щипцы, изогнутые по плоскости</p>	д)
<p>19. ПРИЗНАК, КОТОРЫЙ ОТЛИЧАЕТ ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТ ЩИПЦОВ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</p> <p>а) признак ширины щёчек б) признак изгиба ручек в) признак стороны г) признак угла д) признак изгиба щечек</p>	г)
<p>20. ПРИЗНАК ИЗГИБА РУЧЕК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ЩИПЦОВ</p> <p>а) прямых б) клювовидных коронковых в) клювовидных со сходящимися г) байонетных д) S- образных</p>	д)
<p>1. ВНУТРИРОТОВЫЕ СПОСОБЫ РЕНТГЕНОГРАФИИ</p> <p>а) панорамная рентгенография б) рентгенография нижней челюсти в) рентгенография придаточных пазух носа г) рентгенография тканей дна полости рта вприкус д) ТРГ</p>	г)

<p>2. СИМПТОМ ОБМОРОКА ВОЗНИКШЕГО ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА</p> <p>а) повышение АД, головокружение, слабость, «мушки в глазах» б) потеря сознания, тонические судороги, самопроизвольное мочеиспускание в) двигательное и речевое возбуждение, бледность кожных покровов, расширение зрачков, поверхностное дыхание г) кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение, тошнота, звон в ушах, бледность кожных покровов д) бледность кожных покровов, синюшность лица, учащенное дыхание, снижение АД</p>	г)
<p>3. НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) образование гематомы в мягких тканях б) перелом корня удаляемого зуба в) контрактура жевательных мышц г) невралгия ветвей тройничного нерва д) формирование постинъекционного абсцесса в мягких тканях</p>	б)
<p>4. ФОРМА ПЕРИОДОНТИТА, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО ФОРМИРОВАНИЕ СВИЩЕЙ</p> <p>а) для хронического гранулематозного б) для хронического гранулирующего в) для хронического фиброзного г) для острого гнойного периодонтита д) для острого серозного периодонтита</p>	б)
<p>5. СИМПТОМ «ВЫРОСШЕГО ЗУБА» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ</p> <p>а) острого одонтогенного остеомиелита б) острого гнойного периостита в) острого гнойного гайморита г) острого гнойного периодонтита д) хронического фиброзного периодонтита</p>	г)
<p>6. СПОСОБ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</p> <p>а) торусальная б) мандибулярная в) туберальная г) ментальная д) по Гоу Гейтсу</p>	в)
<p>7. ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РОТ ПАЦИЕНТА ДОЛЖЕН НАХОДИТЬСЯ НА УРОВНЕ</p> <p>а) на уровне локтя врача б) на уровне плеча врача в) на уровне подбородка врача г) на уровне глаз врача д) на уровне верхней челюсти врача</p>	а)
<p>8. ТАКТИКА ПРИ ПОПАДАНИИ НЁБНОГО КОРНЯ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 1.6, ПАЗУХА БЕЗ ЯВЛЕНИЙ ВОСПАЛЕНИЯ</p> <p>а) ушить лунку удаленного зуба б) провести тампонаду лунки в) провести пластику соустья лоскутом со щеки г) направить больного на лечение в отд. ЧЛХ д) направить больного на лечение в ЛОР-отделение</p>	в)

<p>9. РАССЕЧЕНИЕ ЗУБА ЧЕРЕЗ ОБЛАСТЬ БИФУРКАЦИИ ЭТО</p> <p>а) резекция верхушки корня зуба б) гемисекция в) ампутация корня г) короно-радикулярная сепарация д) трепанация</p>	г)
<p>10. ОПЕРАЦИЯ – ГЕМИСЕКЦИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ЗУБАХ</p> <p>а) на центральных резцах нижней челюсти б) на премолярах верхней челюсти в) на больших коренных зубах нижней челюсти г) на молярах верхней челюсти д) только на третьих молярах нижней челюсти</p>	в)
<p>11. ПРИ АПОДАКТИЛЬНОМ МЕТОДЕ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВКОЛ ИГЛЫ ПРОИЗВОДИТСЯ</p> <p>а) на уровне жевательной поверхности верхних моляров б) на 2 см ниже жевательной поверхности верхних моляров в) на 1 см выше жевательной поверхности нижних моляров г) на 2 см выше жевательной поверхности нижних моляров д) на уровне жевательной поверхности нижних моляров</p>	в)
<p>12. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ – АПИКОЭКТОМИЯ ЗУБА 1.2</p> <p>а) хронический фиброзный периодонтит б) перелом корня зуба в средней трети в) хронический гранулематозный периодонтит г) обострение хронического гранулирующего периодонтита д) острый гнойный периодонтит</p>	в)
<p>13. ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ АБСЦЕССА КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА</p> <p>а) разрез параллельно внутренней поверхности нижней челюсти на уровне моляров б) разрез слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складке в) разрез со стороны кожи, окаймляющий угол нижней челюсти г) разрез со стороны кожи в поднижнечелюстной области д) разрез слизистой оболочки по краю передней небной дужки</p>	б)
<p>14. ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА</p> <p>а) тугая тампонада сухим стерильным тампоном; б) ушивание слизистой оболочки кетгутом в) тугая тампонада лунки гемостатической губкой г) назначить внутрь викасол, внутривенное введение 10% раствора хлористого кальция д) промыть лунку антисептиками</p>	б)
<p>15. ВЕРХУШКУ КОРНЯ РЕЗЕЦИРУЮТ ПОД УГЛОМ К ВЕРТИКАЛЬНОЙ ОСИ</p> <p>а) 15° б) 25° в) 35° г) 45° д) 60°</p>	г)
<p>16. ПРЕПАРТЫ, ИСПОЛЬЗУЮЕМЫЕ ПРИ ОБМОРОКЕ ВОЗНИКШЕМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА</p> <p>а) подкожное введение 1-2 мл кофеина и кордиамина б) внутривенное введение раствора адреналина в) под язык таблетку нитроглицерина г) введение внутримышечно раствора супрастина д) введение внутримышечно раствора дибазола</p>	

<p>17. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ЭТО ФОРМА</p> <p>а) 043 у б) 030 у в) 039 г) 037 д) 027у</p>	<p>а)</p>
<p>18. КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ</p> <p>а) 043 у б) 030 у в) 039 г) 037 д) 027у</p>	<p>б)</p>
<p>19. ДНЕВНИК РАБОТЫ ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ ЭТО ФОРМА</p> <p>а) 043 у б) 030 у в) 039 г) 037 д) 027у</p>	<p>в)</p>
<p>20. В АМБУЛАТОРНУЮ КАРТУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО ВПИСАТЬ</p> <p>а) жалобы, данные анамнеза заболевания, диагноз и лечение б) жалобы, данные анамнеза жизни, данных анамнеза заболевания, результаты осмотра, диагноз и лечение в) жалобы, данные анамнеза жизни и заболевания, данные объективного осмотра о проведенных методах дополнительного обследования, диагноз, план лечения и проведенное лечение г) жалобы, данные анамнеза заболевания, данные объективного осмотра о проведенных методах дополнительного обследования, диагноз и проведенное лечение д) информированное согласие пациента, результаты обследования и план лечения</p>	<p>г)</p>
<p>1. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА В ВИДЕ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ С НЕЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ, ПРИЛЕЖАЩЕГО К ВЕРХУШКЕ ЗУБА, НАПОМИНАЮЩЕГО «ЯЗЫКИ ПЛАМЕНИ» ХАРАКТЕРНА</p> <p>а) для хронического гранулирующего периодонтита б) для хронического фиброзного периодонтита в) для хронического гранулематозного периодонтита г) для острого гнойного периодонтита д) для острого серозного периодонтита</p>	<p>а)</p>
<p>2. ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ВЕРХНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА</p> <p>а) невралгия тройничного нерва б) вывих нижней челюсти в) отлом бугра верхней челюсти г) артрит височно-нижнечелюстного сустава д) невропатия большого небного нерва</p>	<p>в)</p>
<p>3. ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ</p> <p>а) жалоб больного б) опроса больного в) клинических данных г) клинико-рентгенологической картины д) данных лабораторных методов исследования</p>	<p>г)</p>

<p>4. ПЕРВЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДЕСТРУКТИВНОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) на 30-е сутки б) на 25-е сутки в) на 20-е сутки г) на 10-14-е сутки д) на 7-е сутки</p>	г)
<p>5. ПЕРВЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОТТОРЖЕНИЯ СЕКВЕСТРОВ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) данные рентгенографии б) данные анализа крови в) выпячивание грануляций из свищевого хода г) подвижность зубов д) появление свищей на альвеолярном отростке челюсти</p>	д)
<p>6. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНА ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ</p> <p>а) в виде "тающего сахара" б) с четкими границами и тенью зуба в полости в) с нечеткими границами в области образования г) в виде нескольких полостей с четкими контурами д) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов</p>	б)
<p>7. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА</p> <p>а) формирование свищевого хода на десне б) самопроизвольные боли, усиливающиеся при воздействии холода в) резкие пульсирующие боли, ощущение выросшего зуба, невозможность прикосновения к зубу языком, зубом-антагонистом г) гноетечение из зубодесневых карманов, подвижность причинного зуба и рядом стоящих зубов д) муфтообразный инфильтрат альвеолярного отростка челюсти</p>	в)
<p>8. ФУРУНКУЛ ЭТО</p> <p>а) воспаление волосяного фолликула б) воспаление слюнной железы в) воспаление потовой железы г) гнойное воспаление подкожной жировой клетчатки д) воспаление малой слюнной железы</p>	а)
<p>9. ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИОСТИТ — ЭТО</p> <p>а) гнойное воспаление межмышечной клетчатки б) разлитой гнойно-некротический процесс в подкожной клетчатке в) абсцесс, локализующийся под надкостницей г) очаг деструкции в области верхушки корня зуба д) гнойное воспаление связочного аппарата зуба</p>	в)
<p>10. ВЕДУЩИЕ СИМПТОМЫ ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ</p> <p>а) болезненное припухание регионарных лимфатических узлов б) постоянная сильная боль в «причинном» зубе, чувство «выросшего» зуба в) умеренная боль в челюсти, субпериостальный абсцесс г) плотный инфильтрат в одной из анатомических областей лица д) муфтообразный инфильтрат альвеолярного отростка челюсти</p>	в)
<p>11. СИМПТОМ «ВЫРОСШЕГО ЗУБА» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ</p> <p>а) острого одонтогенного остеомиелита б) острого гнойного периостита</p>	г)

<p>в) острого гнойного гайморита г) острого гнойного периодонтита д) хронического фиброзного периодонтита</p>	
<p>12. ОСТРЫЙ ПЕРИОСТИТ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ</p> <p>а) с острым одонтогенным остеомиелитом б) с хроническим одонтогенным остеомиелитом в) с острым лимфаденитом г) с острым сиалоаденитом д) с острым пульпитом</p>	а)
<p>13. ОПЕРАЦИЯ – ГЕМИСЕКЦИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ</p> <p>а) на центральных резцах нижней челюсти б) на премолярах верхней челюсти в) на больших коренных зубах нижней челюсти в) на молярах верхней челюсти г) только на третьих молярах нижней челюсти</p>	в)
<p>14. ПРИЧИННЫЙ ЗУБ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НЕОБХОДИМО</p> <p>а) раскрыть полость зуба б) провести метод девитализации пульпы в) провести операцию удаления зуба г) реплантировать причинный зуб д) провести операцию резекции верхушки корня</p>	в)
<p>15. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ</p> <p>а) секвестроэктомия б) резекции челюсти в) остеотомия г) секвестротомия д) апикоэктомия</p>	а)
<p>16. ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ АБСЦЕССА КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА</p> <p>а) разрез параллельно внутренней поверхности нижней челюсти на уровне моляров б) разрез слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складке в) разрез со стороны кожи, окаймляющий угол нижней челюсти г) разрез со стороны кожи в поднижнечелюстной области д) разрез слизистой оболочки по краю передней небной дужки</p>	б)
<p>17. ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА</p> <p>а) тугая тампонада сухим стерильным тампоном; б) ушивание слизистой оболочки кетгутом в) тугая тампонада лунки гемостатической губкой г) назначить внутрь викасол, внутривенное введение 10% раствора хлористого кальция д) промыть лунку раствором антисептика</p>	б)
<p>18. ФРЕНЕКТОМИЮ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПЕРЕД ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ПРОВОДЯТ</p> <p>а) при помощи двух изогнутых кровоостанавливающих зажимов и сшивания раны б) путем рассечения уздечки в горизонтальной плоскости и растягивания краев раны в) путем рассечения уздечки в вертикальной плоскости и растягивания краев раны г) при помощи диатермокоагулятора д) перемещением квадратных лоскутов</p>	а)

<p>20. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА</p> <p>а) гомеопатическая б) антибактериальная и десенсебилизирующая терапия в) трансфузионная терапия г) ГБО д) механотерапия</p>	б)
<p>СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ КОМПРЕССИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ВДУВАНИЯМИ ВОЗДУХА ПРИ СЛР, ПРОВОДИМОЙ 1 РЕАНИМАТОРОМ ДОЛЖНО БЫТЬ</p> <p>а) 1 вдох: 5-6 компрессий б) 2 вдоха: 30 компрессий в) 1-2 вдоха: 6-8 компрессий г) 2 вдоха: 10 компрессий д) 1 вдох:10 компрессий</p>	б)
<p>ЭФФЕКТИВНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ</p> <p>а) 10 минут б) 30 минут в) 5 минут г) до восстановления самостоятельной сердечной деятельности д) до появления сознания</p>	г)
<p>УКАЖИТЕ, С ЧЕГО НАЧИНАЮТ ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ:</p> <p>а) обеспечение безопасного оказания помощи б) остановка наружного кровотечения в) обеспечение проходимости дыхательных путей г) проведение простейших противошоковых мероприятий д) сердечно-легочная реанимация.</p>	а)
<p>АКТИВНОЕ УЧАСТИЕ ПАЦИЕНТА В КОНСУЛЬТАЦИИ</p> <p>а) увеличивает продолжительность консультативного приема б) мешает врачу в) приводит к повышению комплаенса (следования врачебным рекомендациям) г) не имеет смысла д) приводит к снижению комплаенса</p>	в)
<p>БЛАГОДАРЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧ МОЖЕТ</p> <p>а) лучше понимать, что чувствует пациент во время консультации б) уговорить пациента не писать на него жалобу в) сократить время, проводимое с пациентом, к минимуму г) уговорить пациента на то, что не является для него необходимым д) повысить доверие пациента к врачу</p>	а)
<p>ЕСЛИ 90% ВРЕМЕНИ КОНСУЛЬТАЦИИ ГОВОРИТ ВРАЧ</p> <p>а) то у пациента нет возможности задавать вопросы и делиться с врачом важной информацией б) это означает, что у пациента нет вопросов и сомнений в) это свидетельствует о компетентности врача г) то пациент точно получит всю необходимую информацию д) это означает, что пациент не вовлечен в процесс лечения</p>	а)
<p>ЩЕЧКИ КЛАММЕРА ДОЛЖНЫ КАСАТЬСЯ ЗУБА МИНИМУМ В:</p> <p>а) одной точке б) двух точках в) трех точках г) четырех точках д) могут не касаться зуба</p>	г)
<p>ПРОБОЙНИК, ИМЕЮЩИЙ ДИАМЕТР № 2 ФОРМИРУЕТ ОТВЕРСТИЕ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ:</p>	в)

<p>а) клыкам и премолярам верхней и нижней челюстей б) молярам верхней и нижней челюстей в) резцам верхней челюсти г) резцам нижней челюсти д) молочным резцам и клыкам</p>	
<p>ШЛИФОВКУ И ПОЛИРОВКУ ПОВЕРХНОСТИ РЕСТАВРАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ: а) алмазными дисками б) бумажными дисками в) карборундовыми камнями г) алмазными борами д) силиконовыми резинками</p>	б)
<p>ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА В ПРИШЕЕЧНОЙ ОБЛАСТИ 1.1 ЗУБА С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: а) композиты; б) силидонт; в) фосфат-цемент; г) поликарбоксилатный цемент. д) СИЦ</p>	а)
<p>АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ: а) моляры б) височный гребешок в) позадиомолярная ямка г) крыловидночелюстная складка д) премоляры</p>	г)
<p>ПРЯМЫМИ ЩИПЦАМИ УДАЛЯЮТ: а) моляры б) премоляры в) зубы мудрости г) резцы верхней челюсти д) резцы нижней челюсти</p>	г)
<p>ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ УСТУП РАСПОЛАГАЕТСЯ: а) по всему периметру шейки зуба б) на вестибулярной поверхности в) с оральной и апроксимальных сторон г) на апроксимальных поверхностях д) с оральной стороны</p>	а)
<p>ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ОДИНОЧНОЙ КОРОНКИ СЛЕПОК СНИМАЮТ С: а) челюсти, на которой будет припасована коронка б) препарированного зуба и с противоположной челюсти в) фрагмента челюсти с препарированным зубом г) препарированного зуба д) обеих челюстей</p>	д)
<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ МОЖНО БЕЗ ПРОКЛАДКИ ПРИМЕНЯТЬ: а) эвикрол б) стеклоиономерные цементы в) силидонт г) силиции д) амальгаму</p>	б)
<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ МОЖНО БЕЗ ПРОКЛАДКИ ПРИМЕНЯТЬ: а) амальгаму</p>	в)

<p>б) силидонт в) стеклоиономерные цементы г) композитные материалы д) силиции</p>	
<p>ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ СО СРЕДНИМ КАРИЕСОМ НЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ:</p> <p>а) фосфатные цементы б) амальгаму в) силидонт г) стеклоиономерные цементы д) композитные материалы</p>	д)
<p>Проведен контроль дыхания у пострадавшего. Дыхания нет. Ваши действия:</p> <p>а) начать наружный массаж сердца б) сделать два вдоха и проверить пульс на сонной артерии в) сделать два вдоха и проверить признаки жизни (дыхание, движение, кашель). г) придать устойчивое положение и вызвать скорую помощь д) применить дефибрилятор</p>	а)
<p>ПРИЕМ ХАЙМЛИХА (ПРИЕМ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ) У ПОСТРАДАВШИХ С ОЖИРЕНИЕМ И У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВЫПОЛНЯЮТ ПУТЕМ СЖАТИЯ В ОБЛАСТИ:</p> <p>а) верхней части грудины б) нижней части грудины в) верхней части живота г) при боковом сдавливании грудной клетки. д) не проводится</p>	б)
<p>НАЛИЧИЕ У БОЛЬНОГО ДЫХАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ОПРЕДЕЛЯЮТ</p> <p>а) наклоном щекой к лицу больного б) подсчетом дыхательных движений в) приемом Геймлиха г) спирометрией д) наблюдением за движением грудной клетки</p>	а)
<p>МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ОФОРМЛЯЕТСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ПАЦИЕНТА</p> <p>а) при первичном обращении б) при каждом обращении в) один раз в год г) один раз в пять лет д) один раз в три года</p>	а)
<p>АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ УКАЗЫВАЮТСЯ В ГРАФЕ</p> <p>а) жалобы больного б) перенесённые и сопутствующие заболевания в) развитие настоящего заболевания г) внешний осмотр д) паспортная часть</p>	б)

<p>МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ</p> <p>а) в процессе приёма пациента б) по завершении рабочего дня в) после приёма пациента г) по желанию врача д) каждые два дня</p>	в)
<p>ЛОКАЛИЗАЦИЮ АСИММЕТРИИ ЛИЦА В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ УКАЗЫВАЮТ В ГРАФЕ</p> <p>а) развитие настоящего заболевания б) жалобы больного в) перенесённые и сопутствующие заболевания г) внешний осмотр д) осмотр собственно полости рта</p>	г)
<p>ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА ЗОНДИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ</p> <p>а) по апроксимальным поверхностям б) в пришеечной области в) на контактных поверхностях г) в фиссурах д) по всем поверхностям</p>	д)
<p>ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ</p> <p>а) КПУ + кп б) СРТИН в) КПУ г) ГИ д) РНР</p>	а)
<p>ТЕМПЕРАТУРНАЯ ПРОБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <p>а) оценку внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала б) определение реакции зуба на холодовые раздражители в) определение отклонения зуба по оси г) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей д) способность тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей</p>	б)
<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <p>а) способность живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока) б) способность тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей в) степень прохождения лучей, в зависимости от плотности тканей на исследуемом участке г) способность пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния д) прохождение через объект исследования безвредного для организма холодного луча света</p>	в)
<p>К ПРИЧИНАМ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ</p> <p>а) множественный кариес молочных зубов б) наследственный фактор в) заболевания матери в период беременности г) заболевания ребёнка на первом году жизни д) употреблением кислой пищи</p>	г)

<p>ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ОБУСЛОВЛЕНА</p> <p>а) наследственный фактор б) употреблением кислой пищи в) заболеваниями ребёнка в период от 1 года до 2 лет г) неудовлетворительным гигиеническим состоянием полости рта д) заболеваниями матери в период беременности</p>	д)
<p>ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ДЕНТИНА» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД</p> <p>а) K02.1 б) K02.0 в) K02.2 г) K02.8 д) K02.9</p>	а)
<p>ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ЭМАЛИ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД</p> <p>а) K02.1 б) K02.0 в) K02.2 г) K02.8 д) K02.9</p>	б)
<p>МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ МОЛЯРОВ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) витальная ампутация коронковой пульпы б) биологический в) девитальная экстирпация г) девитальная ампутация д) удаление зуба</p>	в)
<p>ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА У ДЕТЕЙ ЗАВИСИТ ОТ</p> <p>а) только групповой принадлежности зубов б) возраста ребёнка, наличия сопутствующей соматической патологии в) стадии развития зубов и их групповой принадлежности г) диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития д) результата рентгенологического исследования</p>	г)
<p>ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) групповая принадлежность зубов б) результат электроодонтодиагностики (ЭОД) в) результат рентгенологического исследования г) состояние остальных зубов (распространённость кариеса) д) возраст ребёнка</p>	д)
<p>ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЗУБОВ 5.1, 6.1 У РЕБЁНКА ШЕСТИ ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ</p> <p>а) их удаление б) динамическое наблюдение в) проведение репозиции и шинирования г) выдвижение в зубной ряд ортодонтическими методами д) рентгенологическое исследование</p>	а)
<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ У РЕБЁНКА В ПОЛИКЛИНИКЕ ПОД НАРКОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) заболевание центральной нервной системы (ЦНС) б) острая респираторно-вирусная инфекция (ОРВИ) в) эпилепсия в анамнезе г) лекарственная аллергия на местные анестетики д) несовершенный амело- и дентиногенез</p>	б)

<p>К ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА, ОТНОСЯТ</p> <p>а) перелом нижней челюсти б) перелом корня зуба в) вколоченный вывих временного зуба г) вывих височно-нижнечелюстного сустава д) перелом скуловой кости</p>	в)
<p>ТАКТИКА ПРИ СЛУЧАЙНОЙ ПЕРФОРАЦИИ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ВРЕМЕННОГО МОЛЯРА У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ, ИМЕЮЩЕГО НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА, СОСТОИТ В</p> <p>а) отсроченном пломбировании б) лечении методом девитальной ампутации в) лечении методом витальной ампутации г) лечении биологическим методом д) удалении зуба</p>	г)
<p>ЗУБ 6.1 У РЕБЁНКА ТРЁХ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ СО ВСКРЫТИЕМ ПОЛОСТИ ЗУБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ</p> <p>а) лечить биологическим методом б) сохранить, восстановив коронку культевой вкладкой в) сохранить, используя штифт г) удалить д) сохранить, проведя эндодонтическое лечение</p>	д)
<p>РЕБЁНКУ С III СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА В ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ НАЗНАЧАЮТСЯ</p> <p>а) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора б) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав в) гигиенические зубные эликсиры г) гигиенические зубные пасты и эликсиры д) гигиенические зубные пенки</p>	а)
<p>ЭНДОГЕННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В</p> <p>а) первое полугодие первого года жизни б) антенатальный период в) второе полугодие первого года жизни г) третий год жизни д) второй год жизни</p>	б)
<p>К СПЕЦИФИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) санация полости рта б) стоматологическое просвещение в) герметизация фиссур г) диспансеризация д) ортодонтическое лечение</p>	в)
<p>ЦЕЛЬЮ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) профилактика суперконтактов б) профилактика стираемости эмали в) лечение начального кариеса г) изоляция фиссуры от действия кариесогенных факторов д) профилактика гипоплазии эмали</p>	г)
<p>УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРИЧИН ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ</p> <p>а) по определению стоматологического статуса населения региона б) вторичной профилактики стоматологических заболеваний</p>	д)

<p>в) третичной профилактики стоматологических заболеваний г) эпидемиологического обследования населения д) первичной профилактики стоматологических заболеваний</p>	
<p>КОНТРОЛИРУЕМАЯ ЧИСТКА ЗУБОВ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ НАКОПЛЕНИЮ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, ОБУЧЕНИЕ ПРАВИЛАМ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА И ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) профессиональная гигиена полости рта б) индивидуальная гигиена полости рта в) стоматологическое просвещение г) профилактика стоматологических заболеваний д) герметизация фиссур</p>	а)
<p>РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПРИ КАРИЕСЕ</p> <p>а) среднем б) в стадии мелового пятна в) глубококом г) моляров д) премоляров</p>	б)
<p>ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ</p> <p>а) реминерализирующая терапия б) приём фторидсодержащих препаратов в) проведение профессиональной гигиены г) уменьшение употребления углеводов д) герметизация фиссур</p>	в)
<p>ПОКРЫТИЕ ЗУБОВ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИМ ЛАКОМ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО В ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД (ЛЕТ)</p> <p>а) 12-18 б) 4-6 в) 6-12 г) 3-15 д) 8-12</p>	г)
<p>ОБРАТИМОСТЬ ПРОЦЕССА ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ОБУСЛОВЛЕНА</p> <p>а) сохранением минерального состава слюны б) повышением проницаемости эмали в) потерей из повреждённого участка ионов кальция г) образованием пелликулы на поверхности эмали д) сохранением органической основы эмали</p>	д)
<p>ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ АНАЛИЗА</p> <p>а) профилактической работы среди населения б) эффективности использования оборудования в) информированности населения о зож г) распределения нагрузки среди врачей д) первичных обращений</p>	а)
<p>ИНДЕКС ГРИН-ВЕРМИЛЛИОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ</p> <p>а) интенсивности кариеса б) гигиены полости рта в) кровоточивости дёсен г) зубочелюстных аномалий</p>	б)

д) начального кариеса	
ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ФЁДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ ОКРАШИВАЮТСЯ ПОВЕРХНОСТИ а) язычные первых постоянных моляров б) вестибулярные 6 верхних фронтальных зубов в) вестибулярные 6 нижних фронтальных зубов г) вестибулярные первых постоянных моляров д) вестибулярные первых премоляров	в)
С ПОМОЩЬЮ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ИГР-У ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ а) степень тяжести зубочелюстных аномалий б) степень воспаления десны в) кровоточивость десневой борозды г) наличие зубного налёта и зубного камня д) интенсивность кариеса	г)
ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ а) заведующим отделением б) регистратором в) врачом-стоматологом г) статистиком д) медсестрой	д)
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ РЕБЁНКА НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ а) с 1 года б) в период прорезывания первых временных зубов в) в период прорезывания первых постоянных зубов г) у первоклассников д) у детей старшего дошкольного возраста	а)
ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ РАЗДЕЛ а) оценки квалификации нестоматологического персонала б) выбора методов и средств в) определения противопоказаний для профилактических средств г) оценки образовательного уровня населения д) оценки общего уровня здоровья населения	б)
НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТИ И ВЗРОСЛЫЕ ДОЛЖНЫ ПРИХОДИТЬ 1 РАЗ В а) год б) месяц в) 6 месяцев г) 3 месяца д) 4 месяца	в)
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ В ФОРМЕ а) лекции б) урока в) беседы г) игры д) информационного стенда	г)
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ а) разобщение прикуса в боковых отделах б) покрытие зубов фторидсодержащим лаком	д)

<p>в) реминерализирующая терапия г) герметизация фиссур д) рациональная гигиена полости рта</p>	
<p>РЕБЁНКУ С III СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА В ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ НАЗНАЧАЮТСЯ</p> <p>а) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора б) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав в) гигиенические зубные эликсиры г) гигиенические зубные пасты и эликсиры д) гигиенические зубные пенки</p>	а)
<p>ЭНДОГЕННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В</p> <p>а) первое полугодие первого года жизни б) антенатальный период в) второе полугодие первого года жизни г) третий год жизни д) второй год жизни</p>	б)
<p>К СПЕЦИФИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) санация полости рта б) стоматологическое просвещение в) герметизация фиссур г) диспансеризация д) ортодонтическое лечение</p>	в)
<p>ЦЕЛЬЮ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) профилактика суперконтактов б) профилактика стираемости эмали в) лечение начального кариеса г) изоляция фиссуры от действия кариесогенных факторов д) профилактика гипоплазии эмали</p>	г)
<p>УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРИЧИН ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ</p> <p>а) по определению стоматологического статуса населения региона б) вторичной профилактики стоматологических заболеваний в) третичной профилактики стоматологических заболеваний г) эпидемиологического обследования населения д) первичной профилактики стоматологических заболеваний</p>	д)
<p>КОНТРОЛИРУЕМАЯ ЧИСТКА ЗУБОВ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ НАКОПЛЕНИЮ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, ОБУЧЕНИЕ ПРАВИЛАМ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА И ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) профессиональная гигиена полости рта б) индивидуальная гигиена полости рта в) стоматологическое просвещение г) профилактика стоматологических заболеваний д) герметизация фиссур</p>	а)
<p>РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПРИ КАРИЕСЕ</p> <p>а) среднем б) в стадии мелового пятна в) глубоко г) моляров д) премоляров</p>	б)

<p>ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ</p> <p>а) реминерализующая терапия б) приём фторидсодержащих препаратов в) проведение профессиональной гигиены г) уменьшение употребления углеводов д) герметизация фиссур</p>	в)
<p>ПОКРЫТИЕ ЗУБОВ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИМ ЛАКОМ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО В ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД (ЛЕТ)</p> <p>а) 12-18 б) 4-6 в) 6-12 г) 3-15 д) 8-12</p>	г)
<p>ОБРАТИМОСТЬ ПРОЦЕССА ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ОБУСЛОВЛЕНА</p> <p>а) сохранением минерального состава слюны б) повышением проницаемости эмали в) потерей из повреждённого участка ионов кальция г) образованием пелликулы на поверхности эмали д) сохранением органической основы эмали</p>	д)
<p>ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ АНАЛИЗА</p> <p>а) профилактической работы среди населения б) эффективности использования оборудования в) информированности населения о зож г) распределения нагрузки среди врачей д) первичных обращений</p>	а)
<p>ИНДЕКС ГРИН-ВЕРМИЛЛИОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ</p> <p>а) интенсивности кариеса б) гигиены полости рта в) кровоточивости дёсен г) зубочелюстных аномалий д) начального кариеса</p>	б)
<p>ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ФЁДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ ОКРАШИВАЮТСЯ ПОВЕРХНОСТИ</p> <p>а) язычные первых постоянных моляров б) вестибулярные 6 верхних фронтальных зубов в) вестибулярные 6 нижних фронтальных зубов г) вестибулярные первых постоянных моляров д) вестибулярные первых премоляров</p>	в)
<p>С ПОМОЩЬЮ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ИГР-У ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ</p> <p>а) степень тяжести зубочелюстных аномалий б) степень воспаления десны в) кровоточивость десневой борозды г) наличие зубного налёта и зубного камня д) интенсивность кариеса</p>	г)
<p>ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ</p> <p>а) заведующим отделением б) регистратором</p>	д)

<p>в) врачом-стоматологом г) статистиком д) медсестрой</p>	
<p>ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ РЕБЁНКА НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ</p> <p>а) с 1 года б) в период прорезывания первых временных зубов в) в период прорезывания первых постоянных зубов г) у первоклассников д) у детей старшего дошкольного возраста</p>	а)
<p>ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ РАЗДЕЛ</p> <p>а) оценки квалификации нестоматологического персонала б) выбора методов и средств в) определения противопоказаний для профилактических средств г) оценки образовательного уровня населения д) оценки общего уровня здоровья населения</p>	б)
<p>НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТИ И ВЗРОСЛЫЕ ДОЛЖНЫ ПРИХОДИТЬ 1 РАЗ В</p> <p>а) год б) месяц в) 6 месяцев г) 3 месяца д) 4 месяца</p>	в)
<p>ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ В ФОРМЕ</p> <p>а) лекции б) урока в) беседы г) игры д) информационного стенда</p>	г)
<p>ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ</p> <p>а) разобщение прикуса в боковых отделах б) покрытие зубов фторидсодержащим лаком в) реминерализующая терапия г) герметизация фиссур д) рациональная гигиена полости рта</p>	д)
<p>ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ПОПАДАНИЯ МИКРОБОВ В ЛУНКУ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ ЗАДАЧЕЙ</p> <p>а) антисептики б) асептики в) химиотерапии г) антибиотикотерапии д) физиотерапии</p>	б)
<p>ФИНИШНАЯ ОБРАБОТКА ПЛОМБЫ ИЗ АМАЛЬГАМЫ ПРОВОДИТСЯ</p> <p>а) сразу после пломбирования б) через 24 часа в) через 48 часов г) через 72 часа д) через месяц</p>	б)
<p>ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ СЭНДВИЧ-МЕТОДИКОЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ МАТЕРИАЛОВ</p>	в)

<p>а) гидроокись кальция + СИЦ б) гидроокись кальция + композит в) СИЦ + композит г) водный дентин + СИЦ д) цемент</p>	
<p>НАИБОЛЬШЕЙ ГИБКОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ ЭНДОДОНТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ИЗ</p> <p>а) углеродистой стали б) «космической» стали в) «шведской» стали г) никель-титана д) стали</p>	г)
<p>ПО МАТЕРИАЛУ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИСКУССТВЕННЫЕ КОРОНКИ МОГУТ БЫТЬ</p> <p>а) металлическими, неметаллическими, комбинированными; б) пластмассовыми, паяными, комбинированными; в) металлическими, литыми, пластмассовыми; г) паяными, полимеризованными, литыми. д) металлическими, неметаллическими, полимеризованными</p>	а)
<p>ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ</p> <p>а) ортофосфорной кислоты б) азотно-кислого серебра в) малеиновой кислоты г) этилендиаминтетрауксусной кислоты д) этилового спирта</p>	г)
<p>ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ВКЛАДОК ИСПОЛЬЗУЮТСЯ МЕТАЛЛЫ:</p> <p>а) сплав золота 750 пробы; б) сплав золота 900 пробы; в) кобальто-хромовый сплав; г) легкоплавкие металлы; д) титановые сплавы.</p>	б)
<p>ПРИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ИНФИЦИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОЙ МЕТОДИКОЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Step Back б) Crown Down в) стандартная г) гибридная д) поэтапная</p>	б)
<p>ШТИФТОВАЯ КУЛЬТЕВАЯ ВКЛАДКА МОЖЕТ БЫТЬ ИЗГОТОВЛЕНА ТОЛЬКО</p> <p>а) на однокорневые зубы обеих челюстей; б) на резцы, клыки и премоляры верхней челюсти; в) на резцы, клыки и премоляры нижней челюсти; г) на зубы любой группы; д) на моляры обеих челюстей</p>	а)
<p>ОСНОВОЙ МАТРИЦЫ КОМПОЗИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) эпоксидная смола б) БИСГМА в) полиакриловая кислота г) ортофосфорная кислота д) вода</p>	б)
<p>ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОНТАКТНОГО ПУНКТА В ПОЛОСТЯХ II КЛАССА ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p> <p>а) компомер</p>	в)

<p>б) гибридный СИЦ тройного отверждения в) пакуемый композит г) микрофильный композит д) цементы</p>	
<p>ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ - ЛИНИЯ, ПРОВЕДЕННАЯ ПО: а) режущим краям фронтальных зубов; б) режущим краям фронтальных зубов и щечным буграм премоляров и моляров; в) проекции вершук корней зубов; г) жевательной поверхности премоляров и моляров. д) по экваторам моляров и премоляров</p>	б)
<p>ПРИ МОДЕЛИРОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ШТАМПОВАННЫХ КОРОНОК В ОККЛЮДАТОРЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ БУТРЫ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ АНАТОМИЧЕСКУЮ ФОРМУ а) невыраженную; б) резко выраженную; в) умеренно выраженную; г) одноименного зуба на противоположной стороне зубного ряда д) произвольную</p>	г)
<p>НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МИКРОФИЛЬНЫХ КОМПОЗИТОВ а) класс I, II, III, IV, V кариозных полостей по Блэку б) класс III, IV, V кариозных полостей по Блэку в) класс III, V кариозных полостей по Блэку г) класс I, II кариозных полостей по Блэку д) все классы</p>	в)
<p>РЕТРАКЦИОННАЯ НИТЬ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ а) для очищения межзубного промежутка б) для защиты рабочего поля от десневой жидкости в) для фиксации матрицы г) вместо матрицы д) для остановки кровотечения</p>	б)
<p>ОПАКОВЫЙ КОМПОЗИТ - ЭТО а) прозрачный композит б) непрозрачный композит в) текучий композит г) пакуемый композит д) двухкомпонентный композит</p>	б)
<p>УГОЛ БЕНЕТА РАВЕН: а) 17°; б) 45°; в) 60°; г) 110°; д) 135°.</p>	а)
<p>ТРЕУГОЛЬНИКОМ МАРКИРУЮТСЯ ИНСТРУМЕНТЫ: а) Reamer; б) K-File; в) Hedstroem File; г) Lentulo; д) Gates Glidden</p>	а)
<p>ЦИФРА НА РУЧКЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТА ОБОЗНАЧАЕТ (ПО СИСТЕМЕ ISO) а) диаметр сечения инструмента на кончике; б) номер в классификации; в) фирму производителя;</p>	а)

г) назначение инструмента; д) длину инструмента.	
ПРИЧИНА БЛОКАДЫ ПРОСВЕТА КОРНЕВОГО КАНАЛА ДЕНТИННЫМИ ОПИЛКАМИ а) активная работа агрессивными инструментами большого диаметра б) чрезмерное расширение корневого канала в) недостаточность промывания канала и рекапитуляции опилок г) использование Н-файла д) узкий канал	а)
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	в)
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТА ВРЕМЕННОГО ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ КАНАЛ ПЛОМБИРУЮТ а) стеклоиономерным цементом б) фосфат-цементом в) резорцин-формалиновой пастой г) пастой на масляной основе д) гуттаперчевыми штифтами	г)
К ПРОТИВОГРИБКОВЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ: а) ацикловир б) флуконазол в) тиосульфат натрия г) тетрациклин д) гистаглобулин	б)
ЛОКАЛИЗАЦИЮ АСИММЕТРИИ ЛИЦА В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ УКАЗЫВАЮТ В ГРАФЕ а) развитие настоящего заболевания б) жалобы больного в) перенесённые и сопутствующие заболевания г) внешний осмотр д) осмотр собственно полости рта	г)
ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА ЗОНДИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ а) по апроксимальным поверхностям б) в пришеечной области в) на контактных поверхностях г) в фиссурах д) по всем поверхностям	д)
ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ а) КПУ + кп б) СРТИН в) КПУ г) ГИ д) РНР	а)
ТЕМПЕРАТУРНАЯ ПРОБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ а) оценку внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала б) определение реакции зуба на холодовые раздражители в) определение отклонения зуба по оси	б)

<p>г) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей</p> <p>д) способность тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей</p>	
<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <p>а) способность живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)</p> <p>б) способность тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей</p> <p>в) степень прохождения лучей, в зависимости от плотности тканей на исследуемом участке</p> <p>г) способность пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния</p> <p>д) прохождение через объект исследования безвредного для организма холодного луча света</p>	в)
<p>К ПРИЧИНАМ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ</p> <p>а) множественный кариес молочных зубов</p> <p>б) наследственный фактор</p> <p>в) заболевания матери в период беременности</p> <p>г) заболевания ребёнка на первом году жизни</p> <p>д) употреблением кислой пищи</p>	г)
<p>ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ОБУСЛОВЛЕНА</p> <p>а) наследственный фактор</p> <p>б) употреблением кислой пищи</p> <p>в) заболеваниями ребёнка в период от 1 года до 2 лет</p> <p>г) неудовлетворительным гигиеническим состоянием полости рта</p> <p>д) заболеваниями матери в период беременности</p>	д)
<p>ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ДЕНТИНА» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД</p> <p>а) K02.1</p> <p>б) K02.0</p> <p>в) K02.2</p> <p>г) K02.8</p> <p>д) K02.9</p>	а)
<p>ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ЭМАЛИ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД</p> <p>а) K02.1</p> <p>б) K02.0</p> <p>в) K02.2</p> <p>г) K02.8</p> <p>д) K02.9</p>	б)
<p>МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ МОЛЯРОВ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) витальная ампутация коронковой пульпы</p> <p>б) биологический</p> <p>в) девитальная экстирпация</p> <p>г) девитальная ампутация</p> <p>д) удаление зуба</p>	в)
<p>ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА У ДЕТЕЙ ЗАВИСИТ ОТ</p> <p>а) только групповой принадлежности зубов</p> <p>б) возраста ребёнка, наличия сопутствующей соматической патологии</p> <p>в) стадии развития зубов и их групповой принадлежности</p> <p>г) диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития</p>	г)

д) результата рентгенологического исследования	
ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ а) групповая принадлежность зубов б) результат электроодонтодиагностики (ЭОД) в) результат рентгенологического исследования г) состояние остальных зубов (распространённость кариеса) д) возраст ребёнка	д)
ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЗУБОВ 5.1, 6.1 У РЕБЁНКА ШЕСТИ ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ а) их удаление б) динамическое наблюдение в) проведение репозиции и шинирования г) выдвижение в зубной ряд ортодонтическими методами д) рентгенологическое исследование	а)
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ У РЕБЁНКА В ПОЛИКЛИНИКЕ ПОД НАРКОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ а) заболевание центральной нервной системы (ЦНС) б) острая респираторно-вирусная инфекция (ОРВИ) в) эпилепсия в анамнезе г) лекарственная аллергия на местные анестетики д) несовершенный амело- и дентиногенез	б)
К ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА, ОТНОСЯТ а) перелом нижней челюсти б) перелом корня зуба в) вколоченный вывих временного зуба г) вывих височно-нижнечелюстного сустава д) перелом скуловой кости	в)
ТАКТИКА ПРИ СЛУЧАЙНОЙ ПЕРФОРАЦИИ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ВРЕМЕННОГО МОЛЯРА У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ, ИМЕЮЩЕГО НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА, СОСТОИТ В а) отсроченном пломбировании б) лечении методом девитальной ампутации в) лечении методом витальной ампутации г) лечении биологическим методом д) удалении зуба	г)
ЗУБ 6.1 У РЕБЁНКА ТРЁХ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ СО ВСКРЫТИЕМ ПОЛОСТИ ЗУБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ а) лечить биологическим методом б) сохранить, восстановив коронку культевой вкладкой в) сохранить, используя штифт г) удалить д) сохранить, проведя эндодонтическое лечение	д)
ПРАВСТВЕННОСТЬ ЭТО а) система оценки личности с позиции соблюдения канонов основополагающих истин человечества б) наука о религиозном многообразии в) строгое следование законам конкретного государства г) врожденное качество человека д) профессиональное поведение	а)
ЯТРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭТО а) болезни из-за врачебных ошибок	а)

<p>б) наследственные болезни в) болезни, наследуемые по отцовской линии г) инфекционные заболевания д) болезни детского возраста</p>	
<p>ГЕННАЯ ИНЖЕНЕРИЯ ЭТО</p> <p>а) процедура расшифровки генома конкретного человека б) введение в геном индивидуума несвойственного для данного участка гена в) установка замещающего протеза конечности после ампутации г) биологическая потребность д) наука о наследственности</p>	б)
<p>ПОВЕДЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЭТО</p> <p>а) состояние индивида б) побуждение к действию в) умственный и физический акт г) способ расходования доходов д) форма протеста</p>	в)
<p>К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ ИМЕЮТ ДОСТУП</p> <p>а) лица с высшим мед. образованием б) младший мед. персонал в) студенты мед. учреждения г) сотрудники, работающие в системе мед. образования д) все перечисленные</p>	д)
<p>ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ЭТО</p> <p>а) запись врача в медицинскую карту о устном согласии пациента б) заполненный формуляр с собственноручной подписью пациента о том, что он ознакомлен с риском предстоящего вмешательства и полностью осведомлен о возможных вариантах исхода вмешательства в) устное согласие пациента на вмешательство при не менее, чем двух свидетелях г) правовой акт д) паспортные данные пациента</p>	б)
<p>2.МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ЭТО</p> <p>а) отметка в гражданском паспорте группы крови и резус-фактора б) утвержденный на государственном уровне перечень формуляров для заполнения данных конкретного пациента и медицинских манипуляциях в) медицинская книжка для профессионального допуска г) амбулаторная медицинская карта д) паспорт прививок</p>	б)
<p>РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, БЕЗ СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПУБЛИКАЦИЙ В НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ, ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ</p> <p>а) недопустимо б) допустимо, если это не угрожает здоровью пациента в) допустимо, но лица, которым стала известна врачебная тайна должны ее сохранять г) недопустимо, за исключением тех случаев, когда под угрозой находится здоровье или жизнь пациента д) допустимо в указанных в вопросе целях</p>	а)
<p>ОБЛАДАТЕЛЕМ ЛИЦЕНЗИИ НА ПРАВО ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МОЖЕТ СТАТЬ ТОЛЬКО</p> <p>а) врач - физическое лицо</p>	в)

<p>б) юридическое лицо в) как юридическое лицо, так и предприниматель без образования юридического лица г) любой специалист д) специалист области здравоохранения</p>	
<p>РАЗГЛАШАТЬ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК МОЖЕТ</p> <p>а) только после смерти больного б) только в особых, оговоренных законом случаях в) только с разрешения больного г) только в интересах больного д) только коллеге</p>	б)
<p>БЕЗ СОГЛАСИЯ БОЛЬНОГО НЕВОЗМОЖНО РАЗГЛАШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ</p> <p>а) при угрозе распространения инфекционных заболеваний б) при публикациях в научной литературе в) по запросу органов дознания и следствия г) при нанесении пациенту ущерба в результате противоправных действий д) в случае бессознательного состояния больного</p>	б)
<p>КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА ОТНОСИТСЯ К</p> <p>а) смешанным коллективным благам б) неосязаемым коллективным благам в) неосязаемым индивидуальным благам г) осязаемым индивидуальным благам д) виду услуг</p>	в)
<p>ФУНДАМЕНТАЛЬНЫМИ ПРАВАМИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) право на безопасность, право на информацию б) право на безопасность, право на информацию, право свободного выбора в) право на безопасность, право на информацию, право свободного выбора, право быть услышанным и понятым г) право на безопасность, право на информацию, право свободного выбора, право быть услышанным и понятым, экономические права д) право на безопасность, право на информацию, право свободного выбора, право быть услышанным и понятым, экономические права, права меньшинств и «слабых»</p>	д)
<p>КОНСЬЮМЕРИЗМ В ОТНОШЕНИЯХ «ВРАЧ - ПАЦИЕНТ» ОЗНАЧАЕТ</p> <p>а) низкий контроль пациента – низкий контроль врача б) низкий контроль пациента – высокий контроль врача в) высокий контроль пациента – низкий контроль врача г) высокий контроль пациента – высокий контроль врача д) полное взаимопонимание</p>	б)
<p>НА ОРГАНИЗОВАННОСТИ И ПРИВЫЧКЕ РАБОТАТЬ ОСНОВЫВАЕТСЯ</p> <p>а) позитивная мотивация б) негативная мотивация в) смежная мотивация г) перекрестная мотивация д) деловая репутация</p>	а)
<p>ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО НА</p> <p>а) полное возмещение убытков, в том числе компенсацию за моральный ущерб б) на врачебную тайну в) надлежащее качество и безопасность услуги</p>	д)

<p>г) выбор врача и лечебного учреждения д) все вышеперечисленное</p>	
<p>СОБЛЮДЕНИЕ РЕЖИМА ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) правом пациента б) обязанностью пациента правом врача в) правом ЛПУ г) обязанностью родственников пациента д) обязанностью младшего медицинского персонала</p>	б)
<p>ОБЩИЙ ПОРЯДОК ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <p>а) Конституция РФ б) ГК РФ в) КоАП РФ г) УК РФ</p>	а)
<p>ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЭТО</p> <p>а) рентгенологическое исследование зубов б) анализ крови в) всестороннее обследование настоящего стоматологического статуса пациента с учетом жалоб и анамнеза г) работа экспертных служб д) оценка результата лечения</p>	в)
<p>ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА – ЭТО</p> <p>а) любое действие или бездействие врача, нанесшие ущерб здоровью пациента. б) неправильное действие или бездействие врача, нанесшие ущерб здоровью пациента, при добросовестном отношении врача к своим профессиональным обязанностям. в) неправильное действие или бездействие врача, нанесшие ущерб здоровью пациента, при недобросовестном отношении врача к своим профессиональным обязанностям. г) халатные действия врача, нанесшие ущерб здоровью пациента. д) неосторожные действия врача, нанесшие ущерб здоровью пациента</p>	б)
<p>1. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ SARS-COV-2 ДЛЯ ОБРАБОТКИ РУК ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СРЕДСТВА:</p> <p>а) спиртосодержащие; б) хлорактивные; в) кислородсодержащие; г) четвертично-аммониевые соединения д) фенолы</p>	а)
<p>2. ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ SARS-COV-2</p> <p>а). воздушно-капельный; б). инокуляционный; в). инокуляционный и контаминационный; г). пищевой; д). контаминационный;</p>	а)

<p>3. СРОК ИЗОЛЯЦИИ ГРАЖДАН, НАХОДИВШИХСЯ В КОНТАКТЕ СБОЛЬНЫМ COVID-19 (ДНИ)</p> <p>а) 3 б) 7 в) 10 г) 14 д) 21</p>	<p>б)</p>
<p>4. БОЛЬНОЙ ГРИППОМ ОПАСЕН ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ:</p> <p>а) в течение первых 5 дней заболевания б) в период инкубации в) весь период клинических проявлений г) в течение 7-10 дней от начала заболевания</p>	<p>а)</p>
<p>5. ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ЛУЧШИМ ВИДОМ ПАРА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) влажный насыщенный б) сухой насыщенный в) перегретый г) насыщенный</p>	<p>б)</p>
<p>д) оптимальный</p>	
<p>6. УКАЖИТЕ ДОПУСТИМУЮ МИКРОБНУЮ ОБСЕМЕНЕННОСТЬ ВОЗДУХА В ОПЕРАЦИОННЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВО ВРЕМЯ РАБОТЫ:</p> <p>а) не > 1 КОЕ/м³; б) не > 50 КОЕ/м³; в) не > 500 КОЕ/м³; г) не > 1000 КОЕ/м³; д) не нормируется.</p>	<p>в)</p>

<p>7. ПРАВИЛЬНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ОБРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТАРИЯ МНОГОРАЗОВОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ</p> <p>а) ополаскивание под водой, дезинфекцию, мытье в моющем растворе, стерилизацию;</p> <p>б) дезинфекцию, ополаскивание под водой, мытье в моющем растворе, упаковку, стерилизацию;</p> <p>в) дезинфекцию, ополаскивание под проточной водой, замачивание и мытье в моющем растворе, ополаскивание под проточной водой, ополаскивание дистиллированной водой, высушивание, упаковку, стерилизацию;</p> <p>г) замачивание и мытье в моющем растворе, дезинфекцию, ополаскивание под проточной водой, ополаскивание дистиллированной водой, высушивание, упаковку, стерилизацию;</p> <p>д) дезинфекцию, замачивание и мытье в моющем растворе, ополаскивание дистиллированной водой, высушивание, упаковку, стерилизацию.</p>	<p>г</p>
<p>8. УКАЖИТЕ КРАТНОСТЬ ДЕЗИНФЕКЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТТИСКОВ, ЗАГОТОВОК ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ:</p> <p>а) после применения у пациентов перед направлением в зуботехническую лабораторию и после получения из зуботехнической лаборатории перед применением;</p> <p>б) после получения из зуботехнической лаборатории перед применением;</p> <p>в) после применения у пациентов перед направлением в зуботехническую лабораторию;</p> <p>г) обработки не требуется.</p>	<p>а)</p>
<p>9. УКАЖИТЕ, С КАКОЙ КРАТНОСТЬЮ ПРОВОДИТСЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ</p>	<p>а)</p>
<p>СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТСАСЫВАЮЩИХ СИСТЕМ:</p> <p>а) после каждого пациента;</p> <p>б) после окончания рабочей смены; в) во время генеральной уборки;</p> <p>г) обработки не требуется.</p>	

<p>10. ИСПОЛЬЗОВАННЫЙ ОДНОРАЗОВЫЙ КОЛЮЩЕ-РЕЖУЩИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ СЛЕДУЕТ:</p> <p>а) удалить вместе с бытовым мусором; б) дезинфицировать в не прокальваемом контейнере, и в нём же утилизировать; в) дезинфицировать и затем удалить как медицинские отходы; г) обработать в автоклаве, затем выбросить с бытовым мусором.; д) высушить и удалить.</p>	<p>б)</p>
<p>11. ВЫБЕРИТЕ ОПТИМАЛЬНУЮ ГРУППУ ДЕЗИНФЕКТАНТОВ ДЛЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ:</p> <p>а) хлорсодержащие б) кислородсодержащие в) альдегиды г) альдегидсодержащие д) композиционные безальдегидные</p>	<p>д)</p>
<p>12. ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС – ЭТО:</p> <p>а) распространение инфекционных болезней среди животных б) распространение инфекционных болезней среди растений в) распространение возбудителей среди кровососущих переносчиков г) распространение инфекционных болезней в популяции людей д) состояние зараженности организма человека или животного</p>	<p>г)</p>
<p>13. САПРОНОЗАМИ НАЗЫВАЮТ БОЛЕЗНИ, ПРИ КОТОРЫХ:</p> <p>а) не установлен источник инфекции б) возбудители образуют споры в) возбудители размножаются в организме одноклеточных животных и накапливаются в воде, почве, на поверхностях различных объектов внешней среды г) возбудители сохраняются в переносчиках д) не установлены пути передачи инфекции</p>	<p>в)</p>
<p>14. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИ УСТРОЙСТВЕ МЕДИЦИНСКИХ</p>	<p>б)</p>

<p>РАБОТНИКОВ В МО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ СВЕДЕНИЙ О ВАКЦИНАЦИЯХ:</p> <p>а) против гриппа; б) против гепатита В; в) против паротита; г) против бешенства; д) полиомиелита</p>	
<p>15. ЭКСТРЕННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ СТОЛБНЯКА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:</p> <p>а) не позднее 10 дней после получения травмы; б) не позднее 14 дней после травмы; в) не позднее 20 дней после травмы; г) не позднее 1 месяца.</p>	в)
<p>16. ВРАЧ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ПЕРЕБОЛЕВШИЙ ДИФТЕРИЕЙ 10 ЛЕТ В ДАЛЬНЕЙШЕМ: а)</p> <p>подлежит вакцинации против дифтерии и столбняка; б) не подлежит вакцинации против дифтерии и столбняка; в) подлежит вакцинации против дифтерии столбняка после определения титра дифтерийных антител; г) подлежит вакцинации только против столбняка; д) подлежит вакцинации по эпидемическим показаниям против дифтерии.</p>	а)
<p>17. ИНФИЦИРУЮЩАЯ ДОЗА ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В СОДЕРЖИТСЯ В ОБЪЕМЕ КРОВИ, КОТОРЫЙ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>а) 1 мл б) 0,1 мл в) 10^{-2} мл г) $10^{-3} - 10^{-5}$ мл д) $10^{-6} - 10^{-7}$ мл</p>	д)
<p>18. РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПРИ УКОЛЕ ИГЛОЙ, КОНТАМИНИРОВАННОЙ КРОВЬЮ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА, СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>а) 100%; б) 50%; в) 35%; г) 25%; д) 1%.</p>	д)
<p>19. В ОТДЕЛЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТА В</p>	а)

<p>ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ДИАГНОСТИРОВАН САЛЬМОНЕЛЛЕЗ.ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ В ОТДЕЛЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) заключительная дезинфекция послеизоляции пациента; б) постэкспозиционная антибиотикопрофилактика контактными лицами; в) назначение интерферона контактными лицами; г) вакцинация не болевших и не привитых контактными лицами; д) введение иммуноглобулина;</p>	
<p>20. ПОКАЗАТЕЛЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ РАССЧИТЫВАЮТ НА 1000</p> <p>а) оперированных пациентов б) госпитализированных пациентов в) выписанных пациентов г) обратившихся пациентов д) обследованных бактериологическим методом</p>	<p>а)</p>
<p>МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СОДЕРЖИТ ОЦЕНКУ</p> <p>а) нарушений, ограничений, жизнедеятельности и социальной недостаточности б) уровней здоровья, активности организма и социального участия пациента в) препятствий и ограничений жизнедеятельности организма г) социального благополучия пациента д) качества жизни пациента</p>	<p>б)</p>
<p>ОСНОВНОЙ ФАКТОР В ДЕЙСТВИИ ПИТЬЕВЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД НА ОРГАНИЗМ</p> <p>а) термический б) химический в) механический г) физический д) физико-химический</p>	<p>б)</p>
<p>МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ - ЭТО</p> <p>а) отдельная медицинская специальность, в которую не входят физиотерапия и ЛФК б) отдельная медицинская специальность,</p>	

<p>в состав которой входят только физиотерапия и ЛФК в) мультидисциплинарное направление, включающее целый ряд методов немедикаментозной терапии (физиотерапию, ЛФК, рефлексотерапию, мануальную терапию) г) специальность, реализующая помощь по лечебной физической культуре д) специальность, реализующая помощь по мануальной терапии и рефлексотерапии</p>	<p>в)</p>
<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К РОБОТИЗИРОВАННОЙ МЕХАНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ а) острый период постинсультного периода б) ортопедические заболевания в) детский церебральный паралич г) хроническая стадия постинсультного периода д) депрессия</p>	<p>а)</p>
<p>ПРАВИЛЬНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРИЕМОВ ЛЕЧЕНИЯ МАНУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТА - ЭТО а) манипуляция, мобилизация б) постиммобилизационная релаксация, мобилизация, манипуляция в) манипуляция г) массажные приемы, мобилизация, манипуляция, миофасциальный релиз д) мобилизация и массаж</p>	<p>г)</p>
<p>ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЗАВИСИТ а) от возраста больного б) от массы тела в) от выраженности коронарной недостаточности, проявляющейся частотой приступов стенокардии г) от выраженности коронарной недостаточности, обширности и глубины инфаркта д) от мотивации пациента</p>	<p>г)</p>
<p>ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА - ЭТО а) система мероприятий, направленных на максимально полное восстановление или компенсацию утраченных в результате болезни или травмы функций организма б) область клинической медицины, изучающая механизмы лечебного действия на организм физических</p>	<p>б)</p>

<p>упражнений и разрабатывающая методы их применения в лечебно- профилактических и реабилитационных целях</p> <p>в) область медицинской науки, изучающая действие на организм природных и искусственных физических факторов, применяемых для лечения больных и оздоровления населения</p> <p>г) занятия физической культурой д) фитнес и аэробика</p>	
<p>МЕТОД ТЕРМОТЕРАПИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ В ЦЕЛЯХ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ОСТРОЙ ТРАВМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ -ЭТО</p> <p>а) криотерапия</p> <p>б) озокеритотерапия в) парафинотерапия</p> <p>г) пелоидотерапия д) псаммотерапия</p>	<p>а)</p>
<p>ЦЕЛЬ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ТРЕНИРОВКИ</p> <p>а) выздоровление, способность выполнять повседневную работу</p> <p>б) достижение высоких результатов в спорте</p> <p>в) увеличение продолжительности жизни и уменьшение риска нарушения здоровья г) улучшение телосложения</p> <p>д) увеличение силы</p>	<p>в)</p>
<p>ПОНЯТИЕ «ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ» ВКЛЮЧАЕТ:</p> <p>а) объем знаний, которые можно использовать для производства товаров и услуг из экономических ресурсов</p> <p>б) совокупность методов и средств, поддерживающих этапы реализации принципиально новых действующих процессов и технологий медицинской реабилитации</p> <p>в) набор аппаратов и приспособлений для оказания помощи по медицинской реабилитации</p> <p>г) сочетание лечебной физкультуры и физиотерапии</p> <p>д) комбинация методов и средств лечебной физкультуры</p>	<p>г)</p>
<p>МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ НА БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКИХ КУРОРТАХ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ</p> <p>а) исключительно для внутреннего применения;</p>	

<p>б) только для наружного применения; в) для внутреннего и наружного применения. г) для орошений д) для ванн</p>	<p>в)</p>
<p>К НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫМ ОТНОСЯТСЯ МЕТОДЫ</p> <p>а) радиопротекторные б) вегетокорригирующие в) повышающие толерантность к физическим нагрузкам (актопротекторные) г) психорелаксирующие д) бальнеологические</p>	<p>в)</p>
<p>ПРОБОЙ ШТАНГЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ</p> <p>а) время задержки дыхания на вдохе и выдохе б) время задержки дыхания на выдохе в) время задержки дыхания на вдохе г) частоту дыханий в минуту д) отношение частоты дыханий к частоте сердечных сокращений</p>	<p>в)</p>
<p>ОПРЕДЕЛЕНИЕ «ВРАЧЕБНЫЙ КОНТРОЛЬ» В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ</p> <p>а) регулярное посещение пациента в палате б) наблюдение врача непосредственно в процессе выполнения больным физических упражнений в) периодический контроль различных параметров деятельности сердечно-сосудистой системы в ходе диспансерного наблюдения за больным г) оценку физического развития и физической работоспособности д) оценку психологического здоровья пациента</p>	<p>б)</p>
<p>ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА - ЭТО</p> <p>а) комплекс мероприятий медицинского характера б) программа профессиональной и трудовой реабилитации в) законодательная (юридическая) база, гарантирующая социальные права и льготы инвалидам г) комплекс реабилитационных мер медицинского, социального и профессионального характера д) сочетание лечебной физкультуры, физиотерапии и психотерапии</p>	<p>г)</p>

<p>ОБЩЕЕ ПОТВОПОКАЗАНИЕ, ИСКЛЮЧАЮЩЕЕ НАПРАВЛЕНИЕБОЛЬНОГО В САНАТИЙ</p> <p>а) ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения II ФКб) анемия в) эпилепсия г) гипертоническая болезнь II степенид) ожирение</p>	<p>в)</p>
<p>РОСТО-ВЕСОВОЙ КОЭФФИЦИЕНТ(ИНДЕКС КЕТЛЕ) ОЦЕНИВАЕТ</p> <p>а) количество мл ЖЕЛ на 1 кг массы тела б) количество граммов массы тела на 1 смроста в) потребление кислорода г) время восстановления ЧСС послефизической нагрузки д) отношение роста к весу</p>	<p>б)</p>
<p>ПРИ НОРМОТОНИЧЕСКОМ ТИПЕ РЕАКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА НАГРУЗКУ ОТМЕЧАЮТ</p> <p>а) адекватное увеличение частоты сердечных сокращений, увеличение систолического давления, сохранение или умеренное снижение уровня диастолического давления б) повышение частоты сердечных сокращений, уровень систолического и диастолического давления в) симптом бесконечного тона при измерении АД (выслушивается только систолический тон) г) отсутствие изменений артериального давления и частоты сердечных сокращений д) увеличение частоты сердечных сокращений, как компенсаторную реакцию</p>	<p>а)</p>
<p>ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯОЦЕНИВАЮТ</p> <p>а) только уровень физического развития человека б) только уровень функционального состояния органов и систем в) уровень физического развития человека и функциональное состояние органов и систем г) состояние сердечнососудистой системы д) состояние кардиореспираторной системы</p>	<p>в)</p>
<p>ДЛЯ ОЦЕНКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯРЕЗЕРВОВ АДАПТАЦИИ В ПОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИИСПОЛЬЗУЮТ</p>	

<p>а) определение частоты сердечных сокращений б) определение уровня артериального давления в) проведение пробы Мартинэ г) определение ЧСС, АД, Мартинэ д) определение уровня кислорода в крови</p>	г)
<p>ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ а) адреналин б) допамин в) супрастинг) фуросемид д) преднизолон</p>	а)
<p>ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЯВЛЯЕТСЯ а) бензодиазепин б) магния сульфат в) адреналин г) барбитураты д) хлорид калия</p>	а)
<p>ПРИ ГИПОГЛИКЕМИИ ПОКАЗАНО а) внутривенное микроструйное (постоянное) введение инсулина короткого действия</p>	в)
<p>б) подкожное введение инсулина в) внутривенное введение 40% раствора глюкозы г) внутримышечное введение 5% глюкозы д) внутривенное введение 0,9% раствора хлорида натрия</p>	
<p>ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА, ОСНОВАНИЕ ЛАДОНИ РАСПОЛАГАЕТСЯ а) средняя треть грудины б) слева от грудины в 4-ом межреберье в) нижняя треть грудины г) граница верхней и средней трети грудины д) мечевидный отросток грудины</p>	а)
<p>ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ а) адреналин б) норадреналин в) добутамин г) фуросемид д) левосимендан</p>	б)

<p>СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК ОТНОСИТСЯ КГРУППЕ</p> <p>а) дистрибутивныхб) кардиогенных в) обструктивных</p> <p>г) гиповолемическихд) нейрогенных</p>	а)
<p>ДЛЯ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИХ ШОКОВХАРАКТЕРНО</p> <p>а) повышение центрального венозногодавления</p> <p>б) вазоплегия</p> <p>в) снижение общего периферическогогосудистого сопротивления</p> <p>г) уменьшение объема циркулирующейкрови</p> <p>д) полиурия</p>	г)
<p>ПРИЧИНОЙ КАРДИОГЕННОГО ШОКАМОЖЕТ БЫТЬ</p> <p>а) анафилаксия</p> <p>б) инфаркт миокардав) травма</p> <p>г) кровопотеря</p> <p>д) почечная колика</p>	б)
<p>ЛАРИНГЕАЛЬНАЯ МАСКА ЭТО</p> <p>а) украшение</p> <p>б) устройство для поддержания проходимости дыхательных путейв) самый надежный девайс для проведения ИВЛ</p>	б)
<p>г) метод лечения постинтубационногларингита</p> <p>д) устройство, для установки которогонеобходим ларингоскоп</p>	
<p>БАЗОВУЮ СЛР НЕОБХОДИМОПРОВОДИТЬ</p> <p>а) 5 минут</p> <p>б) до прибытия специализированнойбригады</p> <p>в) 30 минут</p> <p>г) 20 минут</p> <p>д) на усмотрение спасателя</p>	б)
<p>НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМПОДДЕРЖАНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) интубация трахеи</p> <p>б) установка ларингеальной маскив) выдвижение нижней челюсти г) установка I-GEL</p> <p>д) установка воздуховода Гведела</p>	а)

<p>ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ УПОСТРАДАВШЕГО, ОЦЕНКА ДЫХАНИЯ</p> <p>а) проводится с помощью зеркала б) не проводится, оценивается толькопульс в) не проводится во избежание затяжкивремени г) проводится по правилу «СОС» д) проводится любым возможнымспособом</p>	<p>г)</p>
<p>ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ЧЕЛОВЕКА БЕЗ СОЗНАНИЯ, НО С НАЛИЧИЕМ ДЫХАНИЯ И ПУЛЬСА, НЕОБХОДИМО</p> <p>а) перевести его в вертикальноеположение б) вызвать скорую помощь и перенестиего в) открыть рот с помощью ложки г) перевести его в боковое безопасноеположение д) начать базовую СЛР</p>	<p>г)</p>
<p>ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ ОПИАТАМИХАРАКТЕРНО</p> <p>а) анизокорияб) мидриаз в) миоз г) величина зрачка не изменяетсяд) полиурия</p>	<p>в)</p>
<p>НЕОБХОДИМАЯ ЧАСТОТА КОМПРЕССИОННЫХ НАЖАТИЙ НАГРУДНУЮ КЛЕТКУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР У ВЗРОСЛЫХ</p> <p>а) 20-40 в минуту</p>	<p>г)</p>
<p>б) 60 в минуту в) 80-100 в минуту г) 100-120 в минутуд) 90 в минуту</p>	
<p>ПРИ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ</p> <p>а) коникотомию б) 5 толчков Геймлиха в) 5 ударов между лопаткамиг) трахеостомию д) начать СЛР</p>	<p>в)</p>
<p>ГЛУБИНА КОМПРЕССИОННЫХ НАЖАТИЙ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР У ВЗРОСЛЫХ</p> <p>а) не регламентирована б) ½ передне-заднего размера груднойклетки в) 3 см г) 10 см д) 5-6 см</p>	<p>д)</p>

<p>ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) адреналин б) допамин в) супрастин г) фуросемид д) преднизолон</p>	<p>а)</p>
<p>СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИИ: ВДОХИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР У ДЕТЕЙ</p> <p>а) 30:2 б) 15:2 в) 5:1 г) 30:2 при наличии одного спасателя, 15:2 при наличии двух спасателей д) 10:2 при наличии одного спасателя, 5:1 при наличии двух спасателей</p>	<p>б)</p>
<p>АВТОМАТИЧЕСКИЙ НАРУЖНЫЙ ДЕФИБРИЛЛЯТОР</p> <p>а) не нужен б) может быть использован для купирования желудочкового нарушения ритма в) опасен для жизни г) имеет функцию кардиостимуляции д) его могут использовать только врачи</p>	<p>б)</p>

ЗАДАЧА №1

Пациентка А. 20 лет предъявляет жалобы на появление пятен на зубах после ношения брекетов.

Анамнез: ортодонтическое лечение проводилось в течение года, уход за зубами был затруднён. В настоящее время зубы чистит один раз в день утром две минуты.

Объективно: на вестибулярной поверхности в пришеечной области почти всех зубов обнаружены белые пятна на эмали диаметром от 2 до 4 мм.

ОНИ-S=1,8; КПУ=10; проба Шиллера-Писарева отрицательная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 2

Пациент К.19 лет обратился с жалобами на боли от сладкого и холодного в зубах нижней челюсти справа. Беспокоит около трех недель.

Объективно: на дистально-жевательной поверхности зуба 4.5 глубокая кариозная полость, заполненная большим количеством размягченного пигментированного дентина, обследование затруднено ввиду нависающих краев эмали, зондирование и реакция на холод болезненные. ОНИ-S=3,0; КПУ=15. Проба Шиллера-Писарева положительная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику используемых пломбирочных материалов.

ЗАДАЧА №3

Пациентка А. 40 лет. жалуется на частичное разрушение пломбы в зубе 1.2

Анамнез: пломба была наложена 10 лет назад, когда проводилось лечение пульпита.

Объективно: на небно-медиально-вестибулярной поверхности зуба 1.2 кариозная полость с остатками пломбы. Перкуссия безболезненная. После препарирования на устье корневого канала сохранен пломбировочный материал. Для диагностики была проведена дентальная рентгенография.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия средств, применяемых для медикаментозной обработки корневых каналов.

ЗАДАЧА № 4

Пациент А. 30 лет обратился для санации полости рта. Жалоб на боли в зубе 4.6 нет.

Объективно: на жевательной поверхности зуба 4.6 пломба из амальгамы удовлетворительного качества, на дистальной поверхности кариозная полость средней глубины, зондирование, реакция на холодное, перкуссия безболезненны. Эмаль на щечной поверхности сероватого цвета.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму
3. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
4. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА № 5

Пациент А. 30 лет обратился к стоматологу с просьбой заменить старые пломбы в зубах 1.1, 2.1, 2.2 на композитное световое отверждение.

Анамнез: пломбы были наложены 6 лет назад.

Объективно: на мезиально-вестибулярных поверхностях зубов 1.1, 2.1, 2.2 пломбы, не соответствующие цвету эмали, их краевое прилегание нарушено. На оральной поверхности всех зубов имеются минерализованные зубные отложения в большом количестве. ОНI-S=2,6, проба Шиллера-Писарева положительная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Обоснуйте выбор пломбировочного материала. Назовите особенности препарирования и пломбирования кариозных полостей данного класса.

ЗАДАЧА № 6

Пациентка А. 35 лет жалуется на чувствительность верхних зубов к кислому, холодному, вследствие чего вынуждена почти отказаться от citrusовых и соков. Чувствительность беспокоит около года. Стала раздражительной, плаксивой.

Объективно: на вестибулярной поверхности в области резцов, клыков и первых премоляров верхней челюсти, а также премоляров нижней челюсти округлые углубления эмали неодинаковой глубины, желтоватого цвета, болезненные при зондировании. Реакция на холодное болезненная, быстропроходящая. ОНI-S=1, проба Шиллера-Писарева отрицательная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику применяемым материалам и препаратам.

ЗАДАЧА №7

Пациентка К. 50 лет обратилась для санации полости рта. Жалоб не предъявляет.

Объективно: в пришеечной области вестибулярных поверхностей верхних левых клыков, премоляров и моляров определяются дефекты эмали с гладкими, сходящимися под углом стенками, переходящие эмалево-дентинную границу. Зондирование, реакция на холодное, перкуссия безболезненны. Шейки зубов оголены, пародонтальных карманов нет. ОНI-S =1,5; КПУ=8; проба Шиллера-Писарева отрицательная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику используемых пломбировочных материалов.

ЗАДАЧА № 8

Пациент Н. 40 лет жалуется на дефект пломбы в зубе 3.7.

Анамнез: зуб 3.7 пломбировался неоднократно, но пломбы быстро разрушались.

Объективно: на жевательно-дистальной поверхности зуба 3.7 в обширной кариозной полости пломба из цемента неудовлетворительного качества. Перкуссия зуба 3.7 безболезненна. При осмотре обнаружено значительное истончение щечной и язычной стенок в области дистальных бугров зуба 3.7. Проведена рентгенография зуба 3.7.



Вопросы:

1. Опишите рентгенограмму.
2. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите пломбировочные материалы, необходимые в данном клиническом случае.

ЗАДАЧА № 9

Пациент И. 30 лет жалуется на самопроизвольные ноющие боли в зубе 3.6, усиливающиеся от горячего.

Анамнез: зуб ранее лечен, боли появились около недели назад.

Объективно: коронка зуба 3.6 разрушена на 1/3, закрыта пломбой из цемента неудовлетворительного качества. Перкуссия слабо болезненная. После удаления пломбы определяется обширно вскрытая полость зуба. Зондирование устьев корневых каналов безболезненное, глубокое зондирование в корневых каналах болезненное.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите этапы эндодонтического лечения.

ЗАДАЧА №10

Пациент Б. 43 лет предъявляет жалобы на боли в области зуба 3.6 от горячего.

Анамнез: боли появились 3 дня назад после посещения стоматолога по поводу лечения пульпита 3.6 зуба. Зуб лечен в два посещения.

Объективно: зуб 3.6 под пломбой, перкуссия безболезненная, слизистая оболочка в проекции верхушек корней зуба 3.6 бледно розового цвета. Реакция на холодное безболезненная, на горячее возникает длительная ноющая боль. Проведена рентгенография зуба 3.6.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые используются при инструментальной обработке каналов.

ЗАДАЧА № 11

Пациент Б. 24 лет жалуется на самопроизвольные, приступообразные боли в области нижней челюсти слева, иррадиирующие в ухо, ночные боли, боли от горячего.

Анамнез: зуб болит 4 дня.

Объективно: на жевательно-дистальной поверхности зуба 3.6 глубокая кариозная полость, полость зуба не вскрыта, зондирование дна болезненное. Реакция на холодное зуба 3.6 безболезненная. Перкуссия слабо болезненная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, применяем при obturации корневого канала

ЗАДАЧА №12

Пациент А. 18 лет жалуется на боли и кровоточивость в области зуба 4.6 при приеме пищи.

Анамнез: жалобы предъявляет в течение месяца. При жевании этой стороной пользуется редко, щадит зуб.

Объективно: коронка зуба 4.6 разрушена на 1/2, полость заполнена грануляциями, межзубной сосочек гипертрофирован. Зондирование грануляций болезненное, отмечается кровоточивость. Перкуссия 4.6 безболезненная, реакция на холодное слабо болезненная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Обоснуйте выбор материалов для пломбирования.

ЗАДАЧА №13

Пациент В. 45 лет предъявляет жалобы на самопроизвольные, приступообразные боли в зубе 4.4 с иррадиацией, боли при приёме пищи, ночные боли.

Анамнез: боли беспокоят около недели, зуб ранее не лечен.

Объективно: на дистально-жевательной поверхности зуба 4.4 глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта, пульпа при зондировании болезненная, кровоточит, перкуссия безболезненная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. дайте характеристику медикаментозным средствам, применяемым при инструментальной обработке корневого канала.

ЗАДАЧА №14

Пациентка А. 19 лет обратилась с жалобами на периодически возникающую причинную боль от холодного в зубах нижней челюсти слева.

Анамнез: ранее зубы не болели, данные жалобы предъявляет около 2-х недель, день назад боли стали появляться чаще.

Объективно: на вестибулярной поверхности зубов 3.6, 3.7 значительное скопление мягкого зубного налёта, межзубной сосочек гиперемирован. Коронка зуба 3.6 у дистальной поверхности имеет сероватый оттенок. При зондировании зуба 3.6 зонд застревает в пришеечной области на дистальной поверхности. Перкуссия зубов 3.6, 3.7 безболезненная. При проведении реакции на холод в зубе 3.6 появляется боль, длящаяся до 10 секунд.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Охарактеризуйте инструменты для обработки корневого канала.

ЗАДАЧА №15

Пациентка А. 40 лет обратилась с жалобами на периодически возникающую причинную боль от холодного в зубах нижней челюсти справа.

Анамнез: данные жалобы предъявляет около 2-х недель.

Объективно: на жевательной поверхности зуба 4.6 глубокая кариозная полость с остатками пломбировочного материала. Перкуссия безболезненная. При проведении реакции на холод появляется боль, приобретающая разлитой характер, длительно не проходящая. Перкуссия слабо болезненная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Охарактеризуйте медикаментозные средства и эндодонтические инструменты, применяемые для прохождения корневого канала.

ЗАДАЧА № 16

Пациент К. 65 лет жалуется на периодически появляющиеся причинные боли от горячего в зубе 4.6.

Анамнез: зуб ранее болел, возникали приступообразные боли. Месяц назад в кабинете неотложной помощи была наложена временная пломба. Страдает гипертонической болезнью.

Объективно: в области зубов 4.6, 4.7 маргинальная десна гиперемирована, кровоточит при зондировании. После удаления повязки из зуба 4.6 - на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, широко сообщающаяся с полостью зуба. Глубокое зондирование в области устьев корневых каналов болезненное. Реакция на холодное безболезненная. Перкуссия слабо болезненная.



Вопросы:

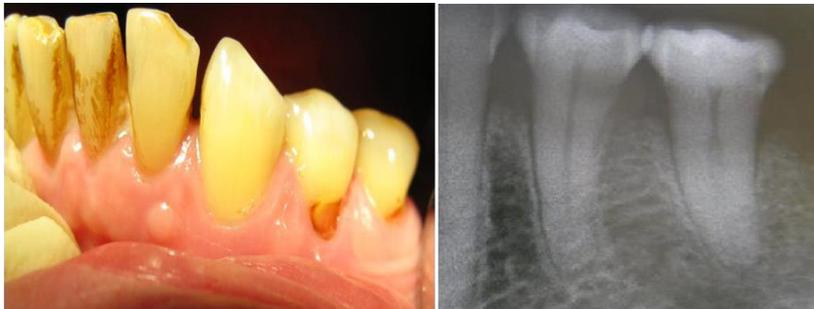
1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Обоснуйте технику обработки корневого канала, необходимую в данном клиническом случае.

ЗАДАЧА №17

Пациент К. 29 лет жалуется на самопроизвольные, ночные приступообразные боли в области зуба 3.4, усиливающиеся от холодного.

Анамнез: данные жалобы предъявляет первый день.

Объективно: при осмотре зуба 3.4 отмечается наличие кариозной полости в пришеечной области. Зондирование дна кариозной полости резко болезненное в одной точке, полость зуба не вскрыта. Реакция на холодное резко болезненна, не проходит после устранения раздражителя. Перкуссия безболезненная. ЭОД со дна кариозной полости 25 мкА.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику этапов лечения зуба для данного клинического случая.

ЗАДАЧА №18

Пациент В. 20 лет жалуется на самопроизвольные пульсирующие боли в зубе 4.6, успокаивающиеся от холодного.

Анамнез: данные жалобы предъявляет второй день, но впервые такие боли появились 4 дня назад и сначала усиливались от холодного.

Объективно: на жевательно-дистальной поверхности зуба 4.6 глубокая кариозная полость. Полость зуба не вскрыта, зондирование дна безболезненное. Перкуссия зуба 4.6

слабоблезненная. Реакция на холодное безболезненная. От горячего возник приступ боли.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Опишите этапы эндодонтического лечения.

ЗАДАЧА № 19

Пациентка Л. 35 лет обратилась с жалобами на неприятные ощущения в области зубов 1.5 и 1.4.

Анамнез: данные зубы лечены очень давно, из 1.5 пломба выпала год назад.

Объективно: на жевательно-медиальной поверхности зуба 1.5 кариозная полость с остатками пломбы. Реакция на холодном и перкуссия безболезненны. Зуб 1.4. под пломбой. В области проекции верхушки корня 1.5 определяется свищевой ход с серозно-гнойным экссудатом. Реакция на холодное безболезненная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, применяемым для временной obturation корневых каналов.

ЗАДАЧА № 20

Пациент Р. 24 лет обратился с жалобами на постоянные боли в зубе 1.4, усиливающиеся при накусывании, отёк щеки справа, слабость, недомогание.

Анамнез: боли беспокоят 3 дня, после появления день назад отёка интенсивность болей

снизилась.

Объективно: температура тела 37,6°. Асимметрия лица за счёт отёка щеки справа. На жевательно-дистальной поверхности зуба 1.4 глубокая кариозная полость, в кариозной полости остатки пломбировочного материала, перкуссия болезненна, подвижность зуба - I ст. Переходная складка в области зуба 1.4 гиперемирована, отёчна, болезненна при пальпации.



Вопросы:

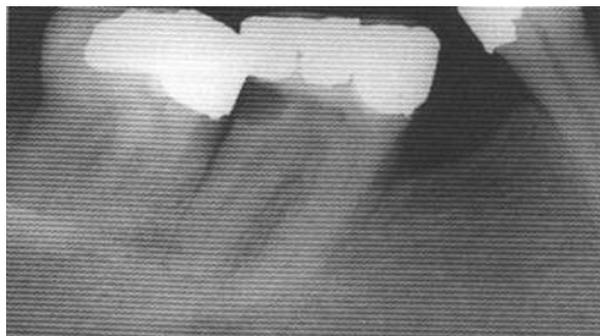
1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, применяемым для медикаментозной обработки корневого канала.

ЗАДАЧА №21

Пациент С. 36 лет жалуется на ноющие боли в зубах нижней челюсти справа при приёме горячего.

Анамнез: данные жалобы предъявляет в течение месяца.

Объективно: на жевательно-дистальной поверхности зуба 4.5, медиально-жевательной поверхности зубов 4.7 и 4.8 пломбы удовлетворительного качества. Зуб 4.6 отсутствует. Перкуссия перечисленных зубов и реакция на холодное безболезненны. На горячее в зубе 4.7 возникла ноющая боль. Проведена рентгенограмма.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.

3. Составьте план лечения.

4. Укажите лекарственные препараты и пломбировочные материалы будете использовать в процессе лечения.

ЗАДАЧА № 22

Пациент К. 30 лет жалуется на боли в зубе 2.6 при накусывании, отёк щеки слева, недомогание и слабость.

Анамнез: 3 дня назад появились сильные боли в зубе 2.6, прикладывал к зубу анальгин, через день боли стихли, но появился отёк.

Объективно: отёк мягких тканей щеки и подглазничной области слева. Пальпируются поднижнечелюстные лимфатические узлы слева, увеличенные, болезненные. На дистально-жевательной поверхности зуба 2.6 глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта, зондирование, реакция на холодное безболезненны, перкуссия болезненная, подвижность зуба I ст., переходная складка в области зуба 2.6 гиперемирована, отёчна.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите лекарственные препараты для общего лечения, назовите их механизм действия.

ЗАДАЧА №23

Пациент К. 48 лет жалуется на наличие кариозной полости в зубе 1.5, болей нет.

Анамнез: зуб ранее лечен, не беспокоил, пломба частично откололась 2 дня назад.

Объективно: на жевательно-дистальной поверхности зуба 1.5 частично разрушенная пломба, на дне кариозной полости сохранена прокладка, зондирование, реакция на холодное, перкуссия безболезненны. Переходная складка в области зуба 1.5 без патологических изменений.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Назовите инструменты и лекарственные препараты применяемые в процессе лечения в данном клиническом случае.

ЗАДАЧА №24

Пациент К. 45 лет обратился для санации полости рта перед хирургическим лечением в офтальмологическом стационаре. Жалоб на боли в зубах не предъявляет.

Объективно: на дистально-жевательной поверхности зуба 2.4 глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта, зондирование, реакция на холодное, перкуссия безболезненны, переходная складка в области зуба 2.4 без патологических изменений. ЭОД зуба 2.4 – 120 мкА. Проведена рентгенография.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите лекарственные препараты и пломбировочные материалы будете использовать в процессе лечения.

ЗАДАЧА № 25

Пациент М. 28 лет обратился с жалобами на появляющиеся иногда ноющие боли в зубе 4.6.

Анамнез: последний раз был на приеме у стоматолога 2 года назад. Настоящие жалобы беспокоят около 2-х месяцев.

Объективно: на жевательной поверхности зуба 4.6 кариозная полость, частично заполненная пломбировочным материалом. Реакция на холодное безболезненна, перкуссия безболезненна. Десна в области зуба 4.6 бледно розового цвета. Проведена рентгенография зуба 4.6.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите лекарственные препараты и пломбировочные материалы для временной obturation канала в процессе лечения в данном клиническом случае.

ЗАДАЧА № 26

Пациентка К. 19 лет жалуется на «разрастание» десен и нарушение эстетики.

Анамнез: страдает бронхиальной астмой с 14 лет, 1,5 года принимает нифедипин (препарат из группы блокаторов кальциевых каналов).

Объективно: внешний вид без особенностей, регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненные. При осмотре в области верхних и нижних фронтальных зубов определяется увеличение межзубных сосочков, покрывающих коронки зубов до 1/3 их высоты, отмечаются ложные десневые карманы. Гипертрофированная десна розового цвета, не кровоточит. Проба Шиллера-Писарева отрицательная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Подберите средства индивидуальной гигиены.

ЗАДАЧА № 27

Пациент М. 28 лет обратился с жалобами на боль в полости рта, неприятный запах изо

рта, общую слабость, головную боль, повышение t до $38,6^{\circ}\text{C}$.

Анамнез: болен 3 дня. 2 недели назад перенёс ОРВИ. Зубы чистит нерегулярно.

Объективно: кожные покровы бледные, регионарные лимфоузлы увеличены, болезненные при пальпации. Гнилостный запах изо рта. Полость рта не санирована, обильный зубной налет и зубной камень, некроз межзубных сосочков и десневого края вокруг зубов 1.4 - 2.5, 3.3, 3.5, гиперемия и кровоточивость десны.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза и обоснования тактики лечения. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Назовите фармакологические группы препаратов, применяемых для лечения, укажите механизм их действия.

ЗАДАЧА № 28

Пациентка А. 18 лет жалуется на кровоточивость и болезненность десны при чистке зубов.

Анамнез: указанные симптомы появились в 14 лет. В настоящее время из-за неприятных ощущений в десне использует для чистки зубов мягкую зубную щетку. Чистит зубы один раз в день, перед сном в течение одной минуты.

Объективно: внешний вид без особенностей. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Отмечается скученность фронтальных зубов на верхней и нижней челюсти, гиперемия и отечность межзубной и маргинальной десны в области всех зубов, кровоточивость при зондировании. Проба Шиллера-Писарева положительная, индекс РМА 65 %. При зондировании в области всех зубов определяется клиническая десневая борозда глубиной 1,5-2,0 мм. ОНI-S=2,6.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза и проведения дифференциальной диагностики. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 29

Пациент А. 30 лет предъявляет жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов и при пережевывании жесткой пищи.

Анамнез: кровоточивость появилась в возрасте 17 лет, обычно усиливается в весенне-осенний период. Зубы чистит 2 раза в день, в среднем по 1,5 мин. Использует мягкую зубную щетку. Курит. Страдает хроническим гастритом с повышенной кислотностью.

Объективно: внешний вид без особенностей. Межзубная и маргинальная десна гиперемирована и отечна в области всех зубов. Имеется отложение мягкого зубного налета и зубного камня. ОНI-S=2,1. В межзубных промежутках, особенно в области нижних передних зубов, а также в боковых отделах нижней челюсти определяются десневые карманы до 3 мм. На верхней челюсти – 2,0-2,5 мм. Зубы устойчивы. Травматическая окклюзия в области премоляров слева. Слюна вязкая, тягучая.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 30

Пациентка П. 45 лет обратилась с жалобами на кровоточивость десен, неприятный запах изо рта, появление промежутков между зубами.

Анамнез: кровоточивость периодически беспокоит в течение 10 лет. Запах изо рта и болезненность десен появились около двух лет назад. Ранее лечение заболевания пародонта не проводилось. Страдает язвенной болезнью желудка.

Объективно: внешний вид без особенностей. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Имеется глубокое резцовое перекрытие, мелкое преддверие полости рта с выраженными тяжами слизистой оболочки и ишемизацией десны в области третьих и пятых

зубов на обеих челюстях. Межзубная и маргинальная десна отечна и гиперемирована в области всех зубов. Увеличение межзубных промежутков в передних отделах обеих челюстей. Подвижность всех резцов и премоляров 1 степени. Обильные отложения зубного налета и зубного камня, пародонтальные карманы глубиной 4-5,5 мм. ОНI-S=2,8, ПИ=4,8. На окклюдограмме травматическая окклюзия в области третьих, четвертых, пятых и шестых зубов.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 31

(

Пациент Л. 39 лет обратился с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта.

Анамнез: считает себя больным более 10 лет, когда стал обращать внимание на появление крови во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога каждые 6 месяцев, лечение зубов по поводу кариеса.

Объективно: слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, без видимых патологических изменений. Глубокое резцовое перекрытие, выраженные тяжи слизистой оболочки переходных складок у зубов 1.3, 1.5, 2.3, 2.5. В области зубов 1.3-2.3 и моляров обеих челюстей пародонтальные карманы 3,5-4мм. ОНI-S=1,8. ПИ=4,5. На ОПТГ горизонтальный тип резорбции межальвеолярных перегородок. В области резцов верхней челюсти и моляров обеих челюстей высота перегородок снижена до 1/3 длины корней.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 32

Пациент А. 39 лет жалуется на общую слабость, боль и кровоточивость в дёснах.

Анамнез: отмечалось неоднократное повышение температуры в периоды обострения. До 32-х лет жалоб со стороны полости рта не предъявлял. Заболеваний внутренних органов и систем не имеет. Зубы чистит 2 раза в день.

Объективно: поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, при пальпации болезненные. Отмечается отек и гиперемия всей десны обеих челюстей. Пародонтальные карманы от 5 до 7 мм. Из карманов при надавливании на десну определяется гнойное отделяемое. Пародонтальные абсцессы в области зубов 1.7, 2.7. Подвижность этих зубов II степени. Большое количество мягкого зубного налета и зубного камня.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 33

Пациент Р. 47 лет обратился с жалобами на подвижность зубов, отсутствие фронтальных зубов, кровоточивость и боль в дёснах, неприятный запах из полости рта.

Анамнез: страдает с 14 лет инсулинозависимым сахарным диабетом, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л.

Объективно: кожные покровы бледные, регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Вторичное частичное незамещённое отсутствие зубов. Десна в области всех зубов застойно гиперемирована, рыхлая, рецессия десны до 1/2 длины корней. Пародонтальные карманы в области имеющихся зубов до 7-8 мм с гнойным отделяемым, подвижность зубов 2-3 степени.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 34

Пациент К. 60 лет предъявляет жалобы на неприятные ощущения в деснах, зуд, чувство дискомфорта, удлинение коронок зубов, появление межзубных промежутков. Беспокоит повышенная чувствительность зубов от температурных и химических раздражителей.

Анамнез: страдает гипертонической болезнью, церебральным атеросклерозом.

Объективно: десна бледно-розового цвета, уплотнена. Наблюдается генерализованная рецессия десны, небольшое количество плотных назубных отложений, отсутствие пародонтальных карманов. Отмечается травматическая окклюзия. Почти на всех зубах имеются клиновидные дефекты в пределах эмали и дентина, отмечается стираемость жевательных поверхностей и режущих краёв. ОНІ-S=1,1.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Дообследуйте больного, опишите ожидаемые результаты.
3. Сформулируйте окончательный развернутый диагноз.
4. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА № 35

Пациентка Л. 62 лет жалуется на боль в языке при приёме пищи, особенно острой, и при разговоре.

Анамнез: боль в языке беспокоит около 2-х месяцев. Стоматолог сельской больницы назначал полоскания рта настойкой календулы и аппликации на язык витамина А. Улучшений нет. Страдает сахарным диабетом и гипертонической болезнью.

Объективно: видимые кожные покровы чистые. Рот открывает свободно. Полость рта санирована, имеются съёмные пластиночные протезы в области боковых зубов нижней и верхней челюстей. На боковой поверхности языка слева глубокий дефект размером 0,7х0,7см. неправильной формы, покрытый фибринозным налётом, после снятия которого возникает кровотечение. Вокруг дефекта и на слизистой оболочке щёк в задних отделах одиночные и слившиеся в причудливый рисунок образования белесоватого цвета размером с просяное зерно, слегка возвышающиеся над уровнем СОР. Определяется симптом прилипания зеркала.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 36

Больная К. 32 лет жалуется на боль в полости рта при приёме пищи и разговоре.

Анамнез: в течение нескольких лет в полости рта периодически появляются болезненные «язвочки». Лечилась самостоятельно, использовала отвары трав и гормональные мази. «Язвочки» заживают в течение 7-10 дней. В последнее время рецидивы заболевания участились. Страдает хроническим колитом.

Объективно: видимые кожные покровы и слизистые оболочки без патологических изменений. Пальпируются единичные подчелюстные лимфатические узлы размером с

горошину, безболезненные, подвижные. Прикус ортогнатический, имеются воспалительное заболевание пародонта и кариозные зубы. На кончике языка и на переходной складке в области 4.6 зуба имеются по 1 эрозии размером 0,5 см x 0,5 см, покрытые сероватым налётом, окружённые венчиком гиперемии. При цитологическом исследовании соскоба с эрозии определяются клетки различных слоёв эпителия с резидентной микрофлорой на клетках поверхностного слоя эпителия, лейкоциты.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 37

Больной Н. 27 лет жалуется на слабость, разбитость, повышение температуры тела, боль в полости рта, невозможность приёма пищи.

Анамнез: заболел остро 2 дня назад. Начало заболевания ни с чем не связывает. Считает себя соматически здоровым.

Объективно: температура тела 38С°. Кожные покровы лица бледные. На губах имеются эрозии и геморрагические корки, губы отёчные. Открывание рта затруднено. На СОР на фоне разлитой гиперемии и отёка крупные множественные эрозии, покрытые белесоватым налётом. Имеется множество кариозных полостей, большое количество мягкого налёта. На коже патоморфологических элементов нет.

Результаты клинического анализа крови: Гемоглобин - 130 г/л; эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л; Лейкоциты - 10×10^9 /л; СОЭ - 16 мм/час. Сегментоядерные нейтрофилы - 37%; Палочкоядерные - 8%; Эозинофилы - 3 %; Базофилы - 0%; Моноциты - 12%; Лимфоциты - 40 %.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.

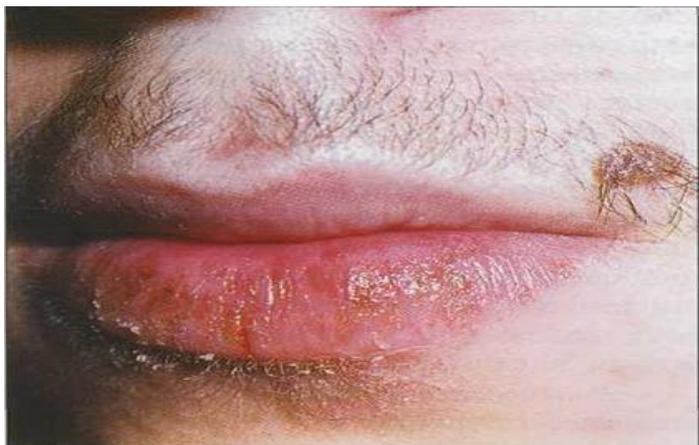
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 38

Пациент Б. 32 лет направлен на консультацию врачом сельской участковой больницы. Жалуется на жжение в области нижней губы.

Анамнез: заболевание началось в период весенних полевых работ. Лечение не проводилось. Считает себя практически здоровым.

Объективно: кожа лица загорелая, без патологических изменений. Красная кайма нижней губы ярко-красная, сухая, покрыта мелкими желтоватыми чешуйками. Зубы интактные, патоморфологических изменений на СОР нет.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 39

Пациентка А. 46 лет жалуется на боль в языке, возникающую при приёме пищи и разговоре.

Анамнез: боль в языке беспокоит около 2-х недель. Начало заболевания связывает с перенесенным гриппом, для лечения которого применяла антибиотики. Страдает гиперацидным гастритом. Курит.

Объективно: открывание рта затруднено, на 1.6, 2.7, 3.7, 3.8, 4.7 зубах обширные кариозные полости, на всех зубах обильные отложения зубного камня и мягкого зубного налёта. На боковой поверхности языка слева ближе к корню имеется язва размером 0,8 см x 1,0 см с уплотненными неровными краями. Дно язвы бугристое, покрыто серым налётом. Окружающая слизистая оболочка отёчна, гиперемирована. Пальпация области язвы болезненна.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 40

Пациентка А. 56 лет жалуется на жжение и тяжесть в языке, усиливающиеся к концу дня.

Анамнез: указанные симптомы появляются периодически в течение 3-х лет. Возникновение заболевания связывает с психической травмой. Из общих болезней отмечает хронический гастрит и хронический колит. Страдает канцерофобией.

Объективно: выражение лица напряженное. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Десна бледная, шейки зубов обнажены. На фронтальных зубах верхней и нижней челюстей имеются клиновидные дефекты в пределах поверхностных слоёв дентина. Язык обычной формы, слегка обложен у корня. Сосочки языка умеренно атрофированы. На боковых поверхностях языка определяются отпечатки зубов. Симптом прилипания зеркала положительный.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 41

Пациент К., 24 лет поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии с жалобами на

болезненную припухлость в области нижней губы и подбородка, недомогание, повышенную температуру тела.

Из анамнеза выяснено, что 5 дней назад после переохлаждения появился фурункул подбородка, лечился народными средствами, однако воспаление продолжало увеличиваться в размерах.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, t тела $39,2^{\circ}\text{C}$. Нарушение конфигурации лица за счет припухлости мягких тканей нижней губы, подбородка и щечной области слева. Кожа над припухлостью гиперемирована, лоснится, в складку не собирается. При пальпации определяется плотный, болезненный, буграми возвышающийся инфильтрат с четкими границами, с несколькими гнойно-некротическими стержнями. Подподбородочные лимфатические узлы справа увеличенные, болезненные при пальпации, подвижные. Рот открывает свободно, 4,5 см. Слизистая оболочка рта розовая, влажная, без патологических элементов.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №42

Пациент С., 48 лет обратился с жалобами на попадание воздуха и жидкой пищи из полости рта в нос. Давность заболевания 8 дней, заболевание связывает с удалением зуба 1.6.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, раскрытие рта в полном объеме, слизистая оболочка полости рта без особенностей. Лунка зуба 1.6 без кровяного сгустка, не эпителизирована. При зондировании определяется попадание зонда в верхнечелюстную пазуху. Носовоздушная проба положительная. Пальпация альвеолярного отростка и передней стенки верхнечелюстной пазухи безболезненны. На рентгенограмме придаточных пазух носа определяется затенение левой гайморовой пазухи. Визуализируется тень инородного тела по своей плотности, напоминающая ткань зуба.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА №43

Пациент Б., 30 лет, обратился с жалобами на невозможность смыкания зубных рядов, боль в верхней челюсти, головокружение и тошноту.

Из анамнеза установлено: сутки назад был избит. Получил несколько ударов в область лица. Отмечал кратковременную потерю сознания, однократную рвоту, сильное кровотечение из носа.

Объективно: при внешнем осмотре определяется нарушение конфигурации лица за счет выраженного отека в его средней трети, гематомы верхних и нижних век с двух сторон. Лицо удлинено, рот полуоткрыт из-за невозможности сомкнуть передние зубы. Имеются кровоизлияния в склеру обеих глаз, спинка носа деформированная и отечная. При пальпации определяются костные выступы в области нижних краев глазниц справа и слева, а также на уровне переносья. Прикус открытый, за счет преждевременного смыкания моляров с обеих сторон.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику и поставьте окончательный диагноз.
4. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА №44

Пациентка А., 22 лет впервые обратилась к врачу-стоматологу-хирургу с жалобами на боли в области 3.8, ограничение открывания рта, боли при глотании слева.

Анамнез: боли в области 3.8 появились 3 дня назад. Появление болей связывает с прорезыванием зуба. Ограничение открывания рта появилось сутки назад.

Объективно: при внешнем осмотре асимметрия за счет отека мягких тканей в области угла нижней челюсти слева. Кожа телесного цвета, в складку собирается. В подчелюстной области слева пальпируется подвижный, эластической консистенции, безболезненный лимфоузел 2,0×1,6 см. Открывание рта 2,0-2,5 см. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, без патологических элементов. Прикус ортогнатический. Коронка зуба 3.8 на две трети покрыта «капюшоном» слизистой оболочки, которая отёчна и гиперемирована, болезненная при пальпации, из-под «капюшона» выделяется гной. ОПТГ прилагается.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА №45

Пациентка М., 20 лет обратилась к стоматологу-хирургу с жалобами на травму слизистой оболочки крыловидно-нижнечелюстной складки слева коронкой зуба 2.8.

Анамнез: данные ощущения у пациентки появились неделю назад, связывает с прорезыванием зуба 2.8.

Объективно: Лицо симметричное. Кожные покровы телесного цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в полном объёме. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, без патологических элементов. Прикус ортогнатический. Коронка зуба 2.8 интактная, наклонена в сторону щеки, прорезалась полностью, перкуссия безболезненна. На слизистой оболочке в области щеки и крыловидно-нижнечелюстной складки слева определяется травматическое повреждение в виде язвы, окружающая слизистая оболочка отёчна и слабо гиперемированная при пальпации умеренно болезненна.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №46

Пациент Б. 37 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в нижней челюсти справа, припухлость в подчелюстной области справа, боль при глотании, ограничение открывания рта, головную боль, общую слабость, повышенную температуру тела, озноб.

Анамнез: пять дней назад заболел ранее леченый 4.6 зуб, повысилась температура тела, появился озноб, боль и припухлость в подчелюстной области справа. В последующие дни боль и припухлость нарастали, глотание стало болезненным.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,7°C, кожные покровы бледные, влажные. Асимметрия лица за счет отека мягких тканей щечной и поднижнечелюстной областей справа. Кожа в цвете не изменена, с трудом собирается в складку. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненны при пальпации. Определяется снижение болевой и тактильной чувствительности кожи нижней губы и подбородка справа. Открывание рта ограничено до 2 см между центральными резцами. Слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти с вестибулярной и язычной сторон в области зубов 4.5, 4.6, 4.7 гиперемирована, отечна. При пальпации в области этих зубов с обеих сторон определяется плотный, болезненный инфильтрат. Коронка зуба 4.6 разрушена на 1/2, зуб 4.5 отсутствует, зуб 4.7 интактный. Перкуссия 4.6, 4.7 зубов резко болезненна, подвижность I-II степени, из-под десневого края выделяется гнойный экссудат.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №47

Пациент С. 48 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на припухлость и гнойные выделения из свища на коже в области нижней челюсти справа, повышение температуры тела до 37,2-37,3°C по вечерам.

Анамнез: два месяца назад проводилось лечение зуба 4.6 по поводу хронического периодонтита. Через неделю после лечения появилась ноющая боль в этом зубе. Появилась опухоль лица, температура тела повысилась до 39°C. В стационаре проведено удаление 4.6 зуба, вскрытие флегмоны поднижнечелюстного треугольника справа, проведена иригостомия с двух сторон, проводилась дезинтоксикационная, антибактериальная, ротивовоспалительная терапия, местное лечение гнойных ран. На 10 сутки пациент был выписан с улучшением. Через месяц после выписки в поднижнечелюстной области формировался свищ с гнойным отделяемым.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Определяется припухлость в области нижней челюсти справа, при пальпации утолщение наружной поверхности и нижнего края тела нижней челюсти справа. Кожа в цвете не изменена. В поднижнечелюстной области рубец длиной 10 см. В центре его свищ с опухающей грануляционной тканью и гнойным отделяемым. Открывание рта слегка ограничено, послеоперационные раны в полости рта зарубцевались. Из лунки зуба 4.6 опухает грануляционная ткань. На рентгенограмме: в области среднего отдела тела нижней челюсти справа определяется очаг деструкции костной ткани с неровными краями размером 3 на 2 см, в центре которой участок отделившейся кости 1,3 на 1,0 см имеется неровность чертания нижнего края челюсти соответственно очагу деструкции в кости.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА №48

У пациентки К. 50 лет с фурункулом в подглазничной области справа на пятый день лечения в условиях поликлиники (рана велась под повязкой с мазью Вишневского) ухудшилось состояние, температура тела повысилась до 38,6°C, увеличился отек мягких тканей подглазничной области. Пациентка госпитализирована в клинику челюстно-лицевой хирургии.

Объективно: нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей в подглазничной области справа. Кожные покровы подглазничной области справа гиперемированы, лоснятся, в складку не собираются. При пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат, в центре которого на месте удаленного стержня имеется кратерообразная язва. Подчелюстные лимфатические узлы справа увеличены, при пальпации болезненные, подвижные, размером 2 см. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, без патологических элементов.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

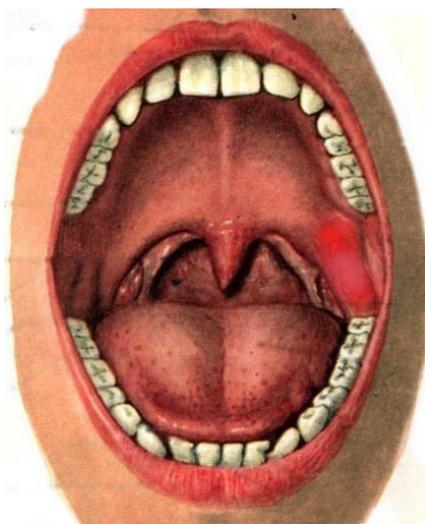
ЗАДАЧА №49

Пациент К., 35 лет поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии с жалобами на

боль в области нижней челюсти слева, ограничение раскрывания рта, боль при глотании, повышение температуры тела до 38°C.

Из анамнеза установлено: 5 дней назад сильно болел зуб 3.8. Полтора года назад он был лечен по поводу осложненного кариеса. Ограничение раскрывания рта появилось сутки назад.

Объективно: при внешнем осмотре отмечается незначительная припухлость в области угла нижней челюсти слева. При пальпации определяется плотный болезненный инфильтрат, локализованный на уровне внутренней поверхности угла нижней челюсти. Рот открывает до 1.0 см, дальнейшее насильственное раскрывание рта с помощью шпателя вызывает острую боль. Крыловидно-челюстная складка слева отечная, гиперемированная, при ее пальпации боль. Коронка 3.8 наполовину разрушена, зуб подвижен, перкуссия вызывает мучительную боль. Определяется муфтообразный инфильтрат в области альвеолярного части нижней челюсти на уровне зубов 3.6, 3.7, 3.8.



Вопросы и задания

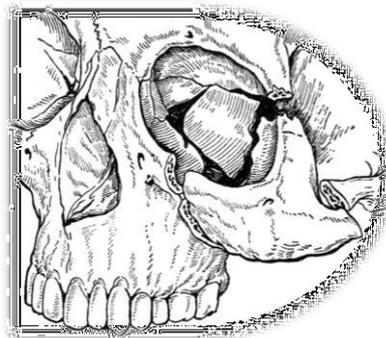
1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА №50

Пациент М., 25 лет жалуется на двоение в глазах, чувство онемения в области крыла носа, верхнего века, подглазничной области слева, ограничение раскрывания рта, головную боль и головокружение.

Из анамнеза выяснено: трое суток назад был избит на улице неизвестными, получил один удар ногой в область левой половины лица, отмечал кратковременную потерю сознания, тошноту, однократную рвоту.

Объективно: определяется нарушение конфигурации лица за счет гематомы век и подглазничной области слева, кровоизлияние в склеру левого глаза. Пальпируется костный выступ в области нижнего края глазницы слева. Рот раскрывает до 2,0 см. На уровне скулоальвеолярного гребня слева кровоизлияния в слизистую оболочку, крепитация отломков при ощупывании.



Вопросы и задания

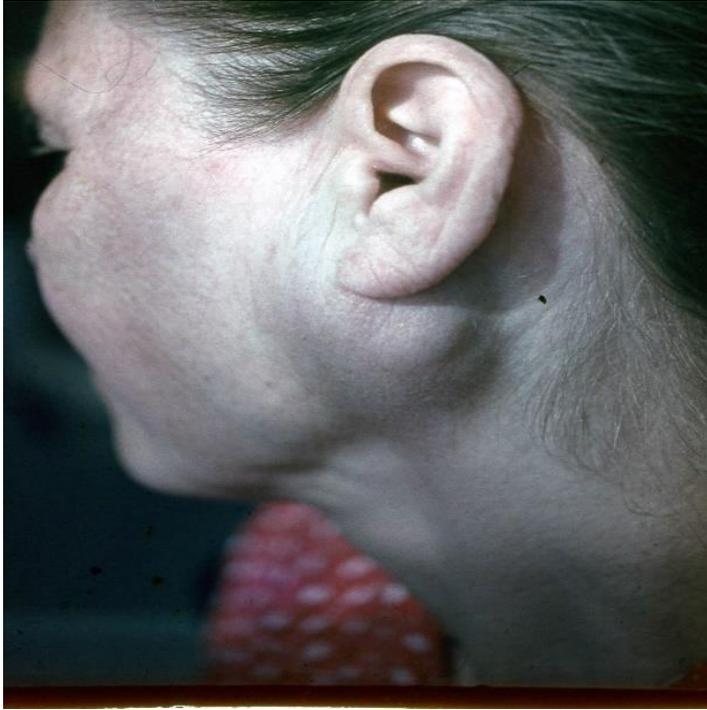
1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования и поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА №51

Пациентка Б., 56 лет обратилась с жалобами на наличие опухоли в области левой околоушной слюнной железы, которую обнаружила случайно около 2-х лет назад.

Анамнез: за последние полгода размер новообразования незначительно увеличился, боль не беспокоила. Из сопутствующих заболеваний отмечает гипертоническую болезнь и гастрит.

Объективно: при внешнем осмотре в области левой околоушной слюнной железы, определяется округлое новообразование, в диаметре до 4,0 см, с бугристой поверхностью, плотноэластической консистенции, ограниченно смещаемое в окружающих тканях, безболезненное при пальпации. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, без патологических элементов. После проведенной биопсии в препарате обнаружены: эпителиальная ткань, хондроподобные структуры, костные трабекулы и миксоподобная ткань из которых состоит новообразование.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА № 52

Пациентка Н., 23-х лет доставлена в клинику челюстно-лицевой хирургии бригадой скорой помощи.

Из анамнеза установлено, что пострадавшая была укушена собакой 1,5 часа назад. Во время получения травмы находилась в состоянии алкогольного опьянения.

Объективно: при внешнем осмотре определяется рана нижней губы справа с неровными фестончатыми краями. При ревизии раны обнаружен дефект красной каймы вместе с частью мышечного слоя и слизистой оболочки длиной до 3,0 см. Рана проникает в полость рта. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, без патологических элементов.



Вопросы и задания

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Перечислите этапы хирургического лечения данной патологии.
4. Назовите осложнения, которые могут развиваться при неправильной тактике лечения.

ЗАДАЧА № 53

Пациентка Ю., 50 лет, жалуется на периодические боли и появление «опухоли» в подчелюстной области слева, особенно во время приема пищи.

Анамнез: припухлость в подчелюстной области появилась неделю назад, за прошедшие 2 дня боли усилились, «опухоль» увеличилась.

Объективно: асимметрия лица за счет припухлости в подчелюстной области слева. Кожные покровы телесного цвета. При пальпации в подчелюстной области слева определяется болезненное, бугристое, плотное образование, овоидной формы, размером с куриное яйцо, кожа над ним в цвете не изменена. Рот раскрывает в полном объеме. Слизистая оболочка подъязычной области справа выпячивается в виде валика, пальпация которого вызывает боль. Устье вартонова протока справа гиперемированное. При массаже железы из протока выделяется гной.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА № 54

Пациентка Н., 20 лет обратилась на прием к стоматологу с жалобами на появление болезненной «опухоли» в области верхней трети шеи слева.

Из анамнеза установлено: 7 дней назад, после переохлаждения, появилась боль в горле. За помощью к врачу не обращалась. 2 дня назад появилась болезненная припухлость области шеи слева.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, t тела $37,4^{\circ}\text{C}$. Асимметрия шеи за счет припухлости в верхней трети переднебокового отдела слева. Кожа над припухлостью в цвете не изменена. При пальпации определяется овоидное опухолевидное образование диаметром до 3,5 см, с четкими границами, смещаемое в мягких тканях, плотное, болезненное. Рот раскрывает свободно. Нёбные дужки и миндалины отечные, слегка гиперемированные, особенно слева. Патологии со стороны зубов и альвеолярных отростков челюстей не выявлено.



Вопросы и задания

Вопросы и задания

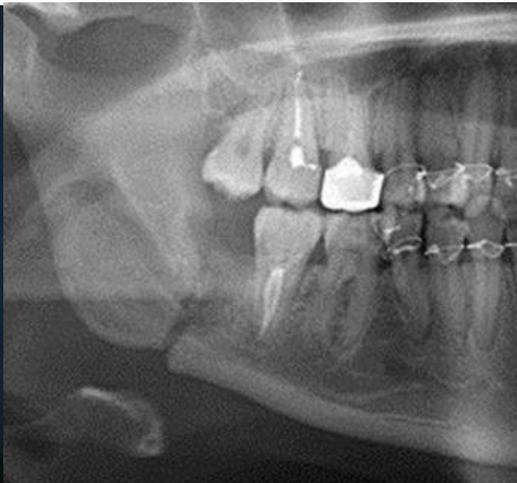
1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА № 55

Пациент П., 35 лет жалуется на болезненную припухлость в околоушно-жевательной области справа, ограничение раскрывания рта, недомогание.

Анамнез: 1.5 месяца назад был избит. Лечился в стоматологической поликлинике по поводу перелома нижней челюсти по зубу 4.8. Иммобилизация отломков проводилась проволочными шинами с зацепными петлями на протяжении 4-х недель. После снятия шин пациенту удалили зуб 4.8. Через две недели появилась припухлость в околоушно-жевательной области справа и ограничение открывания рта.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, t тела $37,8^{\circ}\text{C}$. Нарушение конфигурации лица за счет припухлости мягких тканей нижних отделов околоушно-жевательной области справа, кожа над припухлостью в цвете не изменена. При пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат в нижних отделах жевательной мышцы. Рот открывает до 1,5 см. На альвеолярной части в проекции удаленного зуба 4.8 свищ. Слизистая оболочка гиперемированная.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА № 56

Пациент В., 16 лет, жалуется на болезненную припухлость в области носа, повышение температуры тела, головную боль.

Из анамнеза установлено: 3 дня назад выдавливал «прыщик» в области кончика носа, на следующий день, появилась припухлость, боль, присоединились головная боль и отек нижнего века справа.

Объективно: Состояние средней степени тяжести, t тела $38,5^{\circ}\text{C}$. Нарушение конфигурации лица за счет выраженной припухлости носа, отека век с обеих сторон. В области кончика носа имеется ограниченный инфильтрат, багрово- синюшного цвета, покрытый гнойной корочкой. В области ската носа справа гиперемия, болезненный тяж, идущий к внутреннему углу правого глаза. Подчелюстные лимфатические узлы справа увеличены, при пальпации болезненные, подвижные, размером 2 см. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, без патологических элементов.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №57

Пациентка З., 48 лет жалуется на появление опухолевидного образования на боковой поверхности языка слева.

Анамнез: появление новообразования заметила полгода назад, которое медленно увеличивалось, боли не отмечала. Несколько раз возникало незначительное кровотечение при травме во время приема пищи.

Объективно: лицо симметричное, кожные покровы телесного цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в полном объеме. На боковой поверхности языка слева опухолевидное образование, округлой формы, на широком основании в диаметре до 1,5 см. Слизистая оболочка, покрывающая новообразование багрово-синюшного цвета. При пальпации новообразование эластической консистенции, безболезненное. При прикосновении кончиком зонда возникает точечное кровотечение.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА №58

Пациент С., 67 лет, жалуется на длительно незаживающую язву нижней губы справа.

Из анамнеза установлено, что язва появилась 6 месяцев назад. За специализированной помощью не обращался.

Объективно: лицо симметричное, кожные покровы телесного цвета. В области красной каймы нижней губы справа определяется язва, размером 1,5 X 2,0 см, покрытая корочками, при удалении которых определяется розовая, слегка кровоточащая поверхность. Края язвы несколько приподняты, у основания пальпируется уплотнение. В подподбородочной и подчелюстной областях справа обнаружены увеличенные лимфатические узлы, плотные, безболезненные, смещаемые. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, без патологических элементов.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
4. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА № 59

Пациент В., 57 лет, обратился с жалобами на припухлость мягких тканей нижних отделов щечной области справа, боли в области нижней челюсти справа, слабость, недомогание, повышение температуры тела.

Анамнез: боль в зубе 4.5 появились 4 дня назад. Ранее зуб не лечен. За помощью не обращался. Двое суток назад появилась припухлость мягких тканей, которая постепенно увеличивалась, боли в зубе стихли, появились боли в челюсти, отмечается повышение температуры тела до 37,5°C.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,8°C. При внешнем осмотре определяется асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей нижних отделов щечной области справа. Кожа над припухлостью незначительно гиперемирована, собирается в складку. При пальпации отек мягкий, безболезненный. Подчелюстные лимфатические узлы справа увеличенные, болезненные при пальпации, подвижные. Рот открывает в полном объеме. Коронка зуба 4.5 наполовину разрушена. Перкуссия зуба 4.5 слабо болезненная. Слизистая оболочка по переходной складке на уровне зубов 4.6, 4.5, 4.4 отечная, гиперемированная, выбухает в полость рта в виде валика. При пальпации определяется болезненный инфильтрат, в центре инфильтрата флюктуация.

Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.



ЗАДАЧА №60

Пациент Т., 15 лет, обратился к стоматологу с жалобами на боль и припухание околоушных слюнных желез, сухость в полости рта, слабость, недомогание, периодические ознобы, повышение температуры тела до 37,5 - 38°C.

Анамнез: симптомы болезни появились 3 дня назад и постепенно нарастали. Месяца назад младшая сестра больного перенесла подобное заболевание, лечение проводилось в домашних условиях.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,8°C. При внешнем осмотре обе околоушные слюнные железы увеличены в размерах, слегка уплотнены, незначительно болезненны при пальпации. Кожа над ними в цвете не изменена, собирается в складку. Правая железа увеличена в большей степени. Открывание рта ограничено до 2,5 см. Устье выводных протоков гиперемированные. При массировании обеих желез выделяется прозрачная слюна в небольшом количестве.

Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.



ЗАДАЧА №61

Пациент З., 45 лет обратился с жалобами на боли в области верхней челюсти справа, припухлость верхней губы, слабость, недомогание, повышение температуры тела.

Анамнез: боль в зубе 1.2 появились 2 дня назад. Зуб лечен по поводу хронического периодонтита 4 года назад. После лечения периодически беспокоили боли при накусывании на зуб. Двое суток назад появилась боли в челюсти и отек верхней губы, отмечает повышение температуры тела до 37,5°C.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,8°C. При внешнем осмотре определяется нарушение конфигурации лица за счет припухлости верхней губы справа. При пальпации отек мягкий, безболезненный. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывает в полном объеме. Коронка зуба 1.2. восстановлена пломбой, изменена в цвете. Перкуссия зуба 1.2 болезненная. Слизистая оболочка по переходной складке в области зубов 1.1, 1.2 отечная, гиперемированная, при пальпации определяется болезненный инфильтрат.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 62

Пациент М, 18 лет, обратился к хирургу стоматологу с жалобами на опухоль нижней челюсти слева.

Из анамнеза установлено, что опухоль обнаружил случайно, ощупывая челюсть, боль не беспокоила.

Объективно: асимметрия лица за счет деформации нижней челюсти в области тела слева. Кожные покровы телесного цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в полном объеме. Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, без патологических элементов. В полости рта обнаружено «куполообразное выбухание» в области нижнего свода преддверия и альвеолярной части, на уровне зубов 3.2, 3.7, при пальпации определяется крепитация. При диагностической пункции новообразования получена прозрачная опалесцирующая

жидкость соломенно-желтого цвета, в количестве до 5,0 мл.



Вопросы и задания

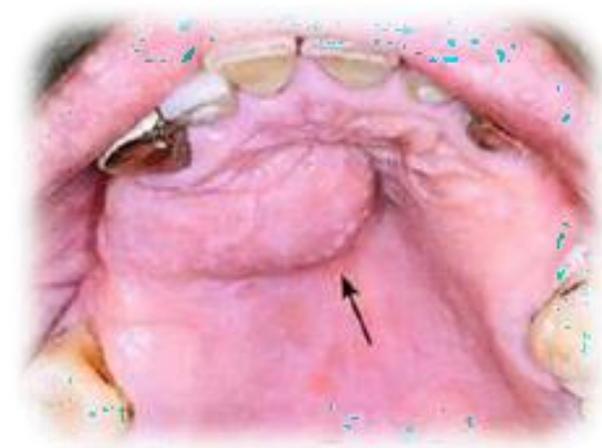
1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА №63

Пациентка К., 48 лет, обратилась к хирургу стоматологу с жалобами на болезненную припухлость на твердом небе справа, боли при приеме пищи, недомогание, повышение температуры тела до 37,6 С.

Анамнез: неделю назад заболел зуб 1.2, через 3 дня появилась припухлость в области неба, боль в зубе прошла.

Объективно: лицо симметричное, кожные покровы телесного цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в полном объеме. Прикус ортогнатический. Коронка зуба 1.2 под пломбой, перкуссия зуба 1.2 слабо болезненная, подвижность I степени. На твердом небе справа значительное выбухание, резко болезненное при пальпации, в центре его флюктуация. Слизистая над инфильтратом отечная, гиперемированная.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №64

Пациент Д., 20 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами боли при глотании, ограничение открывания рта, на припухлость под углом нижней челюсти слева, недомогание, повышение температура тела до 38°С.

Анамнез: в течение года прорезывается зуб 3.8. Несколько дней назад появились боли при глотании, припухлость под углом нижней челюсти слева. Применял согревающие компрессы на подчелюстную область.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38°C. Асимметрия лица за счет припухлости под углом нижней челюсти слева. Кожа над припухлостью в цвете не изменена, в складку собирается. При пальпации в подчелюстной области слева определяются увеличенные и болезненные лимфоузлы. Раскрывание рта ограничено до 2,0 см. Коронка зуба 3.8 прорезалась на 1/2, перкуссия безболезненна. Слизистая оболочка ретромолярной области слева отечная, гиперемированная. С язычной стороны определяется инфильтрат болезненный при пальпации, слизистая над инфильтратом отечная, гиперемированная.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №65

Пациент Ю., 36 лет обратился к стоматологу с жалобами на отек подглазничной области справа, боли в верхней челюсти с одноименной стороны, повышение температуры тела до 37,5°C, нарушение сна, слабость, недомогание.

Из анамнеза выяснено, что 4 дня назад беспокоили сильные боли в зубе 1.2, после тепловых процедур и приема анальгетиков боли в зубе стихли, но появилась припухлость в подглазничной области, боли в верхней челюсти.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, t тела 37,8°C. Нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей подглазничной области справа, кожа над отеком лоснится, слегка гиперемирована, в складку не собирается. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот раскрывает в полном объеме. Коронка зуба 1.2 под пломбой, перкуссия слабо болезненна. Слизистая оболочка по переходной складке в проекции зубов 1.3, 1.2, 1.1 отечная, гиперемированная, при пальпации определяется болезненный валикообразный инфильтрат.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №66

Пациент, 25 лет впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области зуба 3.4 со смещением. Наложены бимаксиллярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга, от удаления зуба 3.4 отказался. Назначена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Повторно поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C.

Объективно: асимметрия лица за счет припухлости в подчелюстной области слева. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. В левой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат размером 10,0 x 7,0 см. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение нижней губы и подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Из зубодесневого кармана зуба 3.4 гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая по зубу 3.4. Положение фрагментов удовлетворительное. Патологических изменений костной ткани не выявлено.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

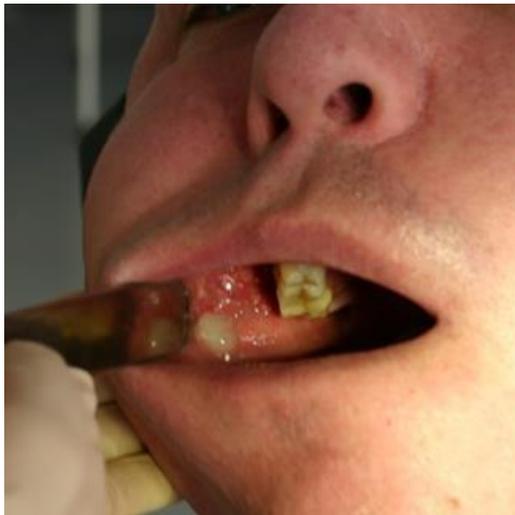
ЗАДАЧА № 67

Пациент С., 35 лет предъявляет жалобы на боль и припухлость в околоушной области справа, недомогание, слабость.

Анамнез: Три дня назад возникла припухлость околоушной области справа, которая постепенно увеличивалась в размерах, уплотнилась. Отмечал подъем температуры до 38° С. Ранее, возникали периодические припухания, которые усиливались при приеме пищи и

проходили самостоятельно.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Нарушение конфигурации лица за счет припухлости в околоушной области справа. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При пальпации околоушная слюнная железа увеличена, болезненна. Кожа над ней в цвете не изменена, в складку собирается. Открывание рта свободное. При массировании из протока правой околоушной слюнной железы выделяется гной.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА 68

Ребенок К., 8 лет жалуется на боль в области верхней челюсти слева, отек мягких тканей подглазничной области слева, недомогание, слабость

Анамнез: боль беспокоит 4 дня, накануне обращения появилась припухлость щечной и подглазничной областей слева. Лечилась домашними средствами. Применяла анальгин, аспирин, прикладывала грелку к щечной области слева.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура 38,1°C. Асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей левой щечной и подглазничной областей слева. Кожа над припухлостью несколько гиперемирована. При пальпации – припухлость мягкая, безболезненная. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в полном объеме. В полости рта – коронка зуба 6.4 разрушена, зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса, подвижен, перкуссия зуба болезненна. Зубы 6.3 и 6.5 неподвижны, интактны, при перкуссии безболезненны. С вестибулярной стороны, соответственно зубу 6.4 слизистая оболочка переходной складки отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации, определяется флюктуация. С небной стороны слизистая оболочка альвеолярного отростка без патологических изменений.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 69

Пациент Р., 25 лет госпитализирован в клинику ЧЛХ с жалобами на боль в левой половине головы, которая усиливается при наклоне книзу, выделение гноя и слизи из левой половины носа, его заложенность, недомогание, повышение температуры тела до 37,8°C.

Из анамнеза заболел 7 дней назад. Свое заболевание связывает с лечением зуба 2.7 по поводу обострения хронического периодонтита.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,8°C. При внешнем осмотре конфигурация лица не нарушена. Кожные покровы телесного цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Из левой половины носа гнойное отделяемое, слизистая оболочка преддверия носа отечная. Рот открывает в полном объеме. Коронка зуба 2.7 под пломбой, перкуссия вызывает умеренную боль. Слизистая оболочка по переходной складке в области зубов 2.6, 2.7, 2.8 гиперемированная.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №70

Пациентка С., 28 лет, обратился с жалобами на попадание воздуха и жидкой пищи из полости рта в нос.

Из анамнеза установлено: 5 дней назад был удален зуб 2.6 по поводу обострения хронического периодонтита.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, Кожные покровы телесного цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка полости рта и альвеолярного отростка верхней челюсти без особенностей. Лунка зуба 2.6 без признаков эпителизации, кровяной сгусток отсутствует. При зондировании определяется свободное погружение кончика инструмента на глубину до 3,0 см. Проба Вальсальва – положительная. Пальпация альвеолярного отростка и передней стенки верхнечелюстной пазухи безболезненная.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА № 71

Пациентка М., 25 лет, жалуется на боль в лунке удаленного зуба 3.6, повышение температуры тела, запах изо рта.

Из анамнеза выяснено: 5 дней назад проводилась операция удаления зуба 3.6 по поводу хронического периодонтита. Операция выполнялась при помощи долота и бормашины.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, t тела 37,3° С. Асимметрия лица за счет припухлости левой подчелюстной области. Кожные покровы телесного цвета. Подчелюстные лимфатические узлы слева увеличены, при пальпации болезненные, подвижные. Открывание рта болезненное, изо рта гнилостный запах. Слизистая оболочка в области лунки удаленного зуба 3.6 отечная, гиперемирована, отмечаются её разрывы. Лунка зуба заполнена распадающимся кровяным сгустком. Пальпация альвеолярной части нижней челюсти слева вызывает боль.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 72

Пациент Д. 56 лет, госпитализирован в клинику ЧЛХ с жалобами на болезненную припухлость подглазничной области слева, боли в верхней челюсти с одноименной стороны недомогание, слабость, потерю сна и аппетита, повышение температуры тела до 38,8°C.

Из анамнеза выяснено, что 5 дня назад беспокоили сильные боли в зубе 2.3, после тепловых процедур появилась припухлость в подглазничной области и боли в верхней челюсти слева.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, t тела 38,9°C. Нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей подглазничной области слева, кожа над отеком лоснится, гиперемирована, в складку не собирается. Коллатеральный отек мягких тканей параорбитальных областей с обеих сторон и щечной области слева. Подчелюстные лимфатические узлы слева увеличены, при пальпации болезненные. Рот раскрывает в полном объеме. Коронка зуба 2.3 разрушена на половину, перкуссия болезненная. Слизистая оболочка по переходной складке в проекции зубов 2.2, 2.3 2.4 отечная, гиперемированная, там же имеется ограниченный валикообразный инфильтрат, пальпация которого вызывает боль.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА № 73

Пациента Ю., 56 лет доставили в стационар с жалобами на боли при глотании, припухлость подподбородочной области и подчелюстной области справа, недомогание, слабость, затрудненное дыхание, повышенную температуру тела.

Анамнез: семь дней назад заболел зуб 4.3, затем стали беспокоить боли в нижней челюсти справа. Через два дня появилась припухлость мягких тканей подподбородочной области, боли при глотании, болезненное открывания рта.

Объективно: общее состояние тяжелой степени, t тела $39,2^{\circ}\text{C}$. Положение вынужденное – сидя, опустив голову. Кожные покровы бледные. Нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей подподбородочной и подчелюстной области справа. Кожа над припухлостью гиперемирована, отечна, имеются бронзовые пятна. При пальпации определяется деревянистый, болезненный инфильтрат, крепитация. Открывание рта до 3 см. Язык приподнят к небу. Слизистая оболочка подъязычной области отечна и гиперемирована. В подъязычной области самопроизвольно вскрывшийся абсцесс со зловонным ихорозным отделяемым. При вскрытии флегмоны получена ихорозная, зловонная жидкость цвета мясных помоев. Мышцы бледные, серого цвета, напоминают вареное мясо.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №74

Пациента В. 31 года, доставили в санпропускник машиной скорой помощи с жалобами на боли при глотании, припухлость подподбородочной и подчелюстных областей, затрудненное дыхание, недомогание, повышенную температуру тела.

Анамнез: в течение недели находился на лечении у хирурга стоматолога по поводу острого гнойного периостита нижней челюсти от зуба 3.5. Удален зуб 3.5, проведена периостотомия, назначена противовоспалительная терапия. Через 3 дня появилась припухлость мягких тканей подподбородочной области, на следующий день боли при глотании и болезненное открывание рта.

Объективно: общее состояние тяжелой степени, t тела $39,2^{\circ}\text{C}$. Положение вынужденное – сидя, опустив голову. Кожные покровы бледные. Нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей подподбородочной и подчелюстных областей. Кожа над припухлостью гиперемирована, отечна, в складку не собирается. При пальпации определяется плотный болезненный инфильтрат. Открывание рта до 3 см. Слизистая

оболочка подъязычной области отечна и гиперемирована. Язык приподнят к небу.

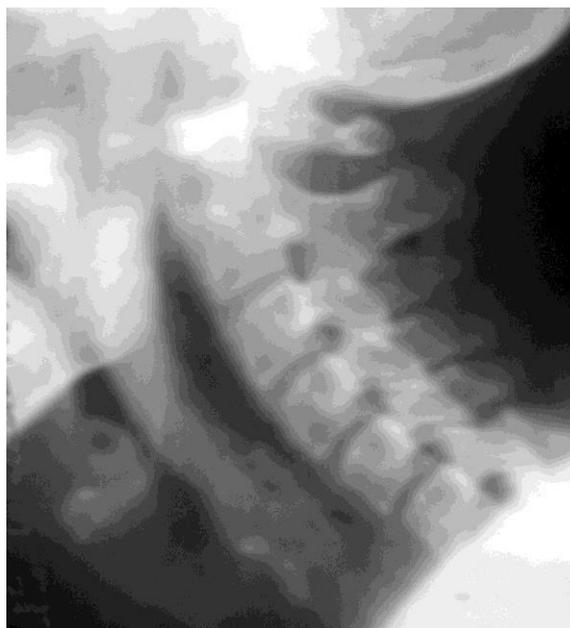


Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА № 75

В клинику челюстно-лицевой хирургии поступила пациентка 33 лет с флегмоной дна полости рта и верхней трети шеи слева. В экстренном порядке была вскрыта флегмона. Назначена антибактериальная, десенсибилизирующая, дезинтоксикационная терапия. Через два дня состояние больной резко ухудшилось: появилась боли за грудиной, удушье, покашливание, озноб, температура тела $39,5^{\circ}\text{C}$. Пациентка переведена в отделение интенсивной терапии.



Вопросы и задания

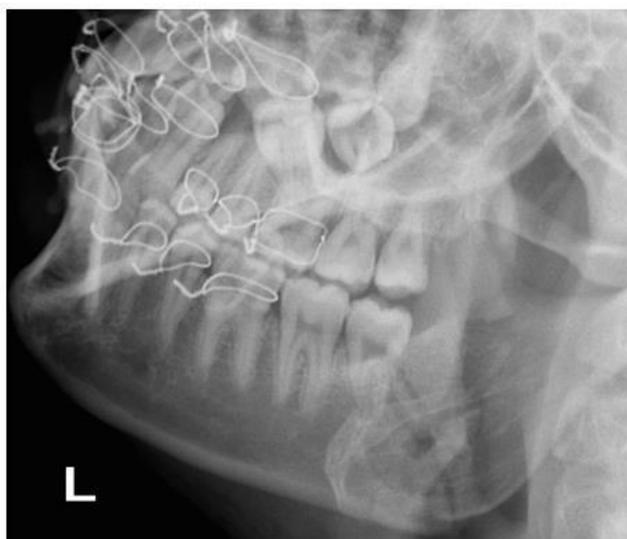
1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
4. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА № 76

Пациент П., 22-х лет, жалуется на нарушение смыкания зубных рядов, боль при раскрывании рта и невозможность полноценного приема пищи.

Анамнез: сутки назад получил несколько ударов в область лица кулаком. Отмечалась кратковременная потеря сознания. Во время получения травмы находился в состоянии алкогольного опьянения. За помощью обратился на следующий день.

Объективно: нарушение конфигурации лица за счет отека и гематомы мягких тканей подчелюстной и щечной областей слева. При пальпации определяется боль в области угла нижней челюсти слева. Рот раскрывает до 2,5 см. Прикус, открытый в боковом отделе справа из-за преждевременного смыкания зубов 2.8 и 3.8. В области 3.8 разрыв слизистой оболочки, «ступенька» на высоту коронки между зубами 3.7 и 3.8. Во время осмотра у пострадавшего отмечалась однократная рвота.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА № 77

Пациент М., 62 лет, обратился к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на язву, локализованную в области боковой поверхности языка справа.

Из анамнеза выявлено, что язва появилась 5 месяцев назад. Больной связывает появление язвы с травмой языка зубами 4.5 и 4.4.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы телесного цвета. В подчелюстной области справа пальпируются увеличенные, округлой формы, смещаемые безболезненные лимфатические узлы. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная. На боковой поверхности языка справа язва размером более 2,0 см, овальной формы, с вывернутыми краями, покрытая налетом фибрина, при удалении которого обнажается розовая, слегка кровоточащая поверхность. Движения языком причиняют боль. У основания язвы определяется хрящеподобной плотности инфильтрат.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
4. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА № 78

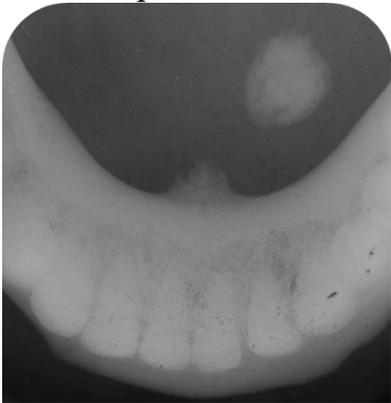
Пациентка В., 33 лет обратился с жалобами на боль, распирающее и появление припухлости в поднижнечелюстной области слева во время приёма пищи.

Из анамнеза выявлено, что последние 2 дня пациент отмечает появление болезненной припухлости в поднижнечелюстной области слева во время приёма пищи. В течение 10-15 минут припухлость исчезает.

Объективно: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации, не спаяны с окружающими тканями. В полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков воспаления. При массировании поднижнечелюстной слюнной железы слева выделяется прозрачная слюна в умеренном количестве. При бимануальной пальпации по ходу поднижнечелюстного протока слева в передней трети определяется небольшое ограниченное уплотнение. При зондировании протока определяется шероховатая поверхность. На рентгенограмме дна полости рта слева определяется тень, округлой формы, примерно 5 мм в диаметре.

Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.



ЗАДАЧА № 79

В стационар машиной скорой помощи доставлен ребенок 3 лет с жалобами на высокую температуру тела, слабость, отсутствие аппетита и нарушение сна.

Анамнез: заболел около недели назад. Появилась сыпь в околоушной области, нарушение дыхания из-за слизисто-гнояных выделений из носа.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, t тела 38,2°C. Нарушение

конфигурации лица за счет припухлости мягких тканей в подподбородочной области. Кожа над припухлостью гиперемирована, в складку не собирается. При пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат. На коже подбородка, верхней губы имеются герпетические высыпания.



Вопросы и задания

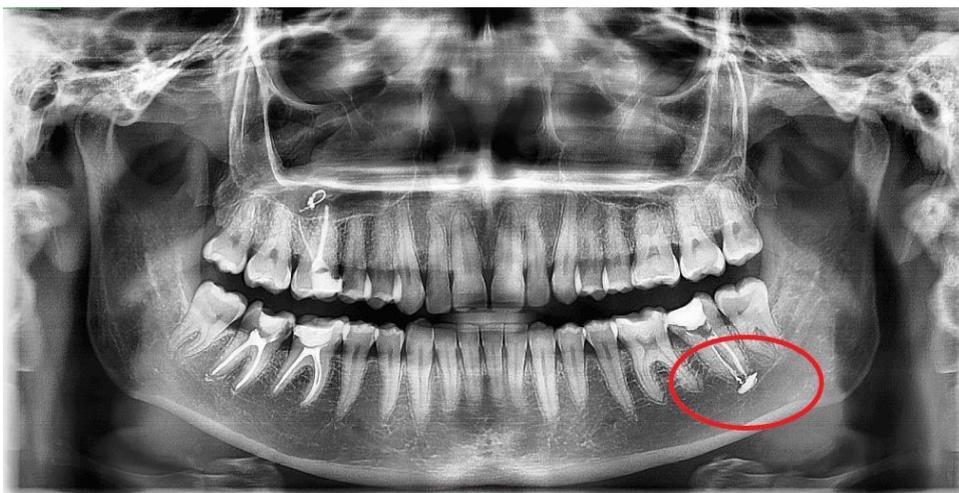
1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА №80

Пациентка С., 25 лет обратилась в клинику с жалобами на постоянные боли в области нижней челюсти слева, онемение в области нижней губы и подбородка слева. Боли иррадируют в ухо и височную область слева.

Из анамнеза выяснено, что боли появились неделю назад после лечения зуба 3.7 по поводу периодонтита.

Объективно: конфигурация лица не изменена, подчелюстные лимфоузлы слева незначительно увеличенные, малоболезненные. Определяется гипостезия в области кожи подбородка и нижней губы слева. Открывание рта свободное. Зуб 3.7 под пломбой, перкуссия резко положительна, слизистая оболочка десны и по переходной складке в области зуба 3.7 гиперемирована. На ОПТГ канал зуба 3.7 запломбирован, за вершущкой корня зуба 3.7 визуализируется рентгеноконтрастная тень размером 0,3 x 0,7 см, распространяющаяся в нижнечелюстной канал.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

Задача № 81

Больная Л., 50 лет, обратилась с жалобами на значительное уменьшение коронковой части зубов, чувствительность передних зубов на температурные и механические раздражители.

Из анамнеза выяснено, что больная в течение 30 лет проработала в химической лаборатории п/о “Азот” г.Кемерово, имела дело с большим количеством вредных веществ: 1958-64 гг. (цех Азотной кислоты) - пары азотной кислоты, окислы азота; 1964-83 гг. (производство капролактама) - бензол, ацетон, циклические амины, циклогексанол, трихлорэтилен, серная, соляная кислоты; в 1970 г. - отравление парами ртути; с 1985 г. работа с аммиаком, с диоксидом углерода, метаном.

Объективно: Нижняя треть лица снижена. Губы плотно сжаты, подбородок выступает вперед, носогубные и подбородочные складки углублены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без видимых патологических изменений.

Прикус глубокий.

Зубная формула:

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

Коронки верхних и нижних передних зубов имеют клиновидные дефекты, вертикальную и горизонтальную стираемость, величина коронок нижних передних зубов уменьшена до 1/3 нормальной величины коронок, величина коронок верхних передних зубов уменьшена на 1/2.

Разница между высотой нижней трети лица в состоянии относительного физиологического покоя и высотой нижней трети лица при смыкании зубов составляет 9 мм. Коронки жевательных зубов имеют хорошо сохранившуюся поверхность. Коронки зубов 4.5, 4.4, 3.4, 3.5, 3.6 имеют стираемость на вестибулярной поверхности.

Отсутствует верхний первый моляр справа.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 82

Больной К., 45 лет, обратился с жалобами на косметический дефект, затрудненное пережевывание пищи.

Из анамнеза выяснено, что зубы начал удалять с 18 лет по поводу осложнений кариеса, несколько раз протезировался несъемными конструкциями. Около года назад были удалены 16 зуб, служивший опорой в мостовидном протезе из-за разрушения его под коронкой, и 37, 38 зубы по поводу осложнения кариеса. Спустя несколько месяцев возникли боли под коронкой 45 зуба, мостовидный протез был снят, зуб - депульпирован.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочные складки углублены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без видимых патологических изменений.

Зубная формула:

о	о	о		о								о	о	о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
	о	о	п										о	о	о	

Коронки нижних передних зубов и верхних боковых резцов стерты на 1/3, верхние резцы имеют стираемость на небной поверхности, у нижних премоляров стертые вестибулярные бугры. Зубы 1.5, 1.3, 4.5, 4.8 обработаны под коронки металлические. Зуб 4.8 наклонен в сторону дефекта.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 83

Пациентка И., 43 года, обратилась с жалобами на косметический и функциональный дефекты.

Из анамнеза выяснено, что 7 лет назад был изготовлен консольный металлический паянный протез с опорой на 24 зуб, 35 зуб был покрыт восстановительной металлической коронкой. 6 месяцев назад удален 14 зуб по поводу осложнения кариеса, тогда же были сняты протезы, которые не устраивали пациенту эстетически и функционально (коронки на жевательных поверхностях протерлись). Протезирование после снятия коронок не проводилось из-за финансовых затруднений пациентки.

Объективно: Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без видимых патологических изменений.

Прикус ортогнатический.

Зубная формула:

о	п	п								п		о		п	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
п	п	о										п	п	п	о

Зубы, ограничивающие включенные дефекты (1.5, 1.3, 2.6), интактные. Зубы 2.4 и 3.5 обработаны под металлические коронки. Зуб 3.5 депульпирован, перкуссия безболезненна, на рентгенограмме – канал запломбирован до верхушки корня. Зубы 4.8 и 4.7 перемещены горизонтально в сторону отсутствующего первого моляра.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 84

Пациент М., 65 лет, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты, невозможность пользования ранее изготовленными протезами.

Анамнез: Зубы стал удалять с молодого возраста по поводу осложнения кариеса, в последнее время причиной удаления зубов - заболевания пародонта и функциональная перегрузка оставшихся зубов. Неоднократно протезировался.

Пять лет назад были изготовлены мостовидный протез с опорой на зубы 4.2, 3.3, частичный съемный пластинчатый протез на нижнюю челюсть с опорой на зубы 4.5, 3.3, частичный съемный пластинчатый протез на верхнюю челюсть с опорой на зубы 1.7, 1.5. В течение последнего года пациенту были удалены зубы 1.7, 1.5, 3.3, 4.2, 4.4, 4.5 по поводу заболеваний пародонта.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочная складки резко выражены. Подбородок выступает вперед. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Средневыраженная равномерная атрофия альвеолярных отростков и бугров верхней челюсти. Свод неба умеренно выражен.

Зубная формула:

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

Клык на нижней челюсти покрыт металлической коронкой, коронка протерта по режущему краю.

Прикус не фиксированный.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 85

Пациент П., 54 года, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты, невозможность пережевывать пищу, затрудненную речь.

Анамнез: Зубы стал удалять с молодого возраста по поводу осложнения кариеса, в течение 30 лет работал на химическом производстве. Неоднократно протезировался.

Три месяца назад под опорными зубами мостовидных протезов возникли боли. Протезы были сняты, зубы 1.6, 1.3, 1.1, 2.2, 2.4, 2.6, 3.7, 3.4 удалены.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочная складки резко выражены. Подбородок выступает вперед.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Средневыраженная равномерная атрофия альвеолярных отростков и бугров верхней челюсти. Свод неба умеренно выражен.

Зубная формула:

о	п	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	п	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
о	о	о	о								о	о	о	о	о	

Зубы 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3 зубы стерты на 1/2 высоты коронки. Зубы 1.7, 2.7, 3.3, 4.4 обработаны под металлические коронки.

Прикус не фиксированный.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 86

Пациент П., 54 года, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты, невозможность пережевывать пищу, затрудненную речь.

Из анамнеза выяснено, что зубы были удалены несколько лет назад в результате автокатастрофы. На верхнюю челюсть был изготовлен полный съемный протез, которым пациент не пользовался из-за плохой фиксации.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочная складки резко выражены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Средневыраженная равномерная атрофия альвеолярных отростков и бугров верхней челюсти. Свод неба умеренно выражен.

Зубная формула:

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

Прикус не фиксированный.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.

4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).
- 5.

Задача № 87

Пациент Н., 44 года, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты.

Из анамнеза выяснено, что зубы удалены в течение несколько лет по поводу заболеваний пародонта и осложнения кариеса. Ранее протезами не пользовался.

Объективно: При внешнем осмотре отмечается западение верхней и нижней губы.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Зубная формула:

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

Коронки оставшихся зубов интактные, высокие, с хорошо выраженной анатомической формой.

Прикус ортогнатический.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 88

Пациент Ж., 32 года, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический дефект.

Анамнез: Верхние центральные резцы отломлены несколько дней назад в результате травмы. После травмы зубы депульпированы.

Объективно: Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Зубная формула:

		о		п		п			п		п	п	о		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
		п	п		п							п	п	п	

Коронки верхних центральных резцов отломлены на 2/3 высоты, каналы запломбированы.

Прикус глубокий. Верхние зубы перекрывают нижние на 3/4 высоты (рис. 1).



Рис. 1.

На внутриротовой рентгенограмме каналы верхних центральных резцов запломбированы до верхушек корней.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 89

Пациент Г., 55 лет, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты.

Анамнез: Зубы стал удалять с молодого возраста по поводу осложнения кариеса. Неоднократно протезировался.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочная складки резко выражены. Подбородок выступает вперед.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Средневыраженная равномерная атрофия альвеолярного отростка и бугров верхней челюсти. Свод неба умеренно выражен. Неравномерная атрофия альвеолярного отростка на нижней челюсти.

Зубная формула:

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

Сохранившийся центральный резец на верхней челюсти имеет подвижность I степени.

Прикус не фиксированный.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 90

Пациентка Н., 45 лет, обратилась на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты.

Из анамнеза выяснено, что зубы удалены в течение несколько лет по поводу осложнения кариеса. Ранее протезами не пользовалась.

Объективно: При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижней трети лица. Носогубные и подбородочная складки углублены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Зубная формула:

о		о	о									о		о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
о	о	о	о	п								п	о	о	о	о

Коронки передних верхних и нижних зубов стерты на 1/3 высоты.

Прикус – глубокое резцовое перекрытие, дистальный сдвиг нижней челюсти.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).
- 5.

Задача № 91

Больная К., 45 лет, библиотекарь. Обратилась в клинику с жалобами на отсутствие большого количества зубов, перемещение оставшихся зубов, нарушение эстетики, функции жевания и речи.

Находится на диспансерном наблюдении у пародонтолога по поводу пародонтита в течение 5 лет.

При осмотре отмечается снижение нижней трети лица, углубление подбородочной и носогубных складок.

Зубная формула:

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

Вторичный дистальный сдвиг нижней челюсти, глубокий прикус, вторичное вестибулярное смещение зубов 2.1, 2.2, инфраокклюзия зуба 2.1, вторичное горизонтальное и вертикальное смещение зубов 4.8, 4.3, 4.2, 3.1.

Зуб 3.6 покрыт металлической коронкой (рис.1).



Рис. 1.

На рентгенограмме в области зубов 2.1, 2.2, 3.2, 4.2 атрофия костной ткани на 1/2 величины корней, у остальных – на четверть.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 92

Больная В., 56 лет. Обратилась в клинику с жалобами на нарушение функции жевания, речи, эстетики.

Из анамнеза выяснено, что у больной в результате заболевания пародонта, сочетающего с дефектами зубных рядов, произошло вторичное вестибулярное смещение верхних резцов. Между верхними передними зубами появились промежутки (диастемы, тремы), зубы приобрели патологическую подвижность. Вестибулярное смещение зубов нарушило конфигурацию лица, сделало затруднительным смыкание губ, которые в состоянии относительного физиологического покоя находились в разомкнутом состоянии. Больная обратилась к стоматологу, которым было принято решение устранить промежутки между зубами вестибулярной реставрацией. Зубы стали выглядеть плотными, но их вестибулярное положение сохранилось. Такой вариант лечения, естественно, не мог удовлетворить больную, и она обратилась в нашу клинику.

При осмотре отмечается затрудненное смыкание губ.

Зубная формула:

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

Вестибулярное смещение зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, горизонтальное перемещение зуба 1.6 (рис. 1, рис. 2).



Рис. 1.



Рис. 2.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 93

Больная М., 25 лет обратилась с жалобами на затрудненное пережевывание пищи.

Из анамнеза выяснено, что нижние зубы удалены несколько лет назад по поводу осложнения кариеса. Ранее не протезировалась.

Объективно: нижняя треть лица незначительно снижена.

Зубная формула:

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

Верхние передние зубы перекрывают нижние на 2/3.

Глубокое резцовое перекрытие.

Задержка прорезывания зуба 2.3.

Вторичные вертикальные перемещения зубов 1.6, 1.5 с гипертрофией альвеолярного отростка (рис. 1, рис. 2).



Рис. 1.



Рис. 2.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.

4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).
- 5.

Задача № 94

Больной Б, 49 лет, обратился клинику с жалобами на подвижность и изменение положения передних зубов; отсутствие жевательных зубов, невозможность откусывания и пережевывания пищи; нарушение речи и эстетики (рис.1).



Рис. 1.

Из анамнеза выяснено, что зубы были удалены в течение последних нескольких лет по поводу заболеваний пародонта. Ранее не протезировался.

Объективно: высота нижней трети лица снижена.

Зубная формула:

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

Оставшиеся верхние передние зубы имеют вторичное вестибулярное смещение, подвижность 3 степени. Нижние боковые резцы имеют подвижность 2 степени.

На рентгенограмме в области зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.2, 4.2 отмечается резорбция костной ткани на 3/4 корней зубов.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).
- 5.

Задача № 95

Больной К., 43 года, обратился с жалобами на эстетический дефект (уменьшение высоты коронок передних зубов), боли при приеме кислой пищи.

Объективно: высота нижней трети лица не изменена. Носогубные и подбородочная складка умеренно выражены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без особенностей.

Зубная формула:

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

Верхние центральные и боковые резцы имеют стираемость на 1/3 высоты коронок. У остальных зубов – физиологическая стираемость (рис. 1).



Рис. 1.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).
- 5.

Задача № 96

Больной Н., 56 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, нарушение речи, эстетики, боли при приеме пищи.

Из анамнеза выяснено, что зубы начал удалять с молодого возраста по поводу осложнения кариеса. Неоднократно протезировался. Последний протез удалил 4 месяца назад в связи с разрушением под коронкой опорных зубов, которые тогда же были удалены.

Объективно: нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочная складка углублены, углы рта опущены.

Зубная формула:

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

Верхние центральные резцы стерты на 1/4 высоты коронки, нижние клыки и премоляры стерты на 1/3 коронки с обнажением дентина.

Зуб 4.8 имеет вторичное горизонтальное перемещение, пришеечный кариес. Зуб 2.7 имеет вторичное вертикальное перемещение с обнажением корня зуба на 1/4, без гипертрофии альвеолярного отростка (рис. 1).

Прикус не фиксированный (рис. 2).



Рис. 1.



Рис. 2.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).
- 5.

Задача № 97

Больная Я., 52 года, обратилась с жалобами на эстетический дефект, боли при приеме кислой пищи.

Объективно: высота нижней трети лица не изменена. Носогубные и подбородочная складка умеренно выражены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без особенностей.

Отсутствуют зуб 1.5. Верхние боковые резцы имеют стираемость на 1/4 высоты коронок, верхние центральные резцы – на 1/3.

У нижних центральных и боковых резцов отмечается атрофия десны с обнажением шеек зубов, подвижность первой степени (рис. 1).



Рис. 1

На внутриротовой рентгенограмме в области зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 атрофия костной ткани на 1/4 длины корня.

Прикус прямой.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.

4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 98

Больной К., 42 года, кадровый военный. Обратился с жалобами на затрудненность пережевывания пищи из-за болей при действии термических и механических раздражителей.

Из анамнеза выяснено, что больной на протяжении 20 лет находится на службе в вооруженных силах. Неоднократно находился в «горячих точках», в том числе 2 года проходил службу и принимал участие в боевых действиях в республике Афганистан.

Объективно: высота нижней трети лица снижена. Носогубная и подбородочные складки углублены.

Зубной ряд интактный. (рис. 1, рис. 2).



Рис. 1.



Рис. 2.

Отмечается горизонтальная стираемость всех верхних и нижних зубов.

Стираемость жевательных зубов на 1/3 высоты коронки с обнажением дентина, стираемость передних зубов от 1/3 до 1/2 высоты коронки так же с обнажением дентина.

На верхних передних зубах – вертикальная стираемость, клиновидные дефекты в пришеечной области.

Разница между состоянием относительного физиологического покоя и положением центральной окклюзии составляет 8 мм.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 99

Больная М., 50 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на полное отсутствие верхних и нижних зубов, невозможность пережевывания пищи, боли в эпигастральной области.

Больная удаляла зубы в течение 20 лет по поводу осложненного кариеса. Боли в эпигастральной области больная связывает с отсутствием зубов. Ранее съемными протезами не пользовалась. Удаление последних зубов (12) было проведено 2 недели назад.

Внешний осмотр. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица, выраженные носогубные, подбородочные складки.

Объективные данные. На верхней челюсти альвеолярный отросток высокий, равномерно покрытый плотной слизистой, хорошо выраженные верхнечелюстные бугры, глубокий небный свод, торус слабо выражен. Прикрепление уздечек верхней губы и щечных тяжей – у основания гребня альвеолярного отростка. На нижней челюсти имеется хорошо выраженный альвеолярный отросток, выраженная переходная складка как с вестибулярной, так и с оральной сторон, при перемещении мягких тканей нижней челюсти (тканей щек, дна полости рта, языка), мягкие ткани, покрывающие альвеолярный отросток, неподвижны, при пальпации в складку не собираются, челюстно-подъязычные линии округлой формы, при давлении безболезненны.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 100

Больной К., 60 лет, обратился в клинику с жалобами на полное отсутствие зубов на нижней челюсти, частичное на верхней челюсти.

Анамнез. Больной удалял зубы в течение 30 лет, в последний раз удалил зубы 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 по поводу пародонтоза, на нижней челюсти зубов нет 7 лет. Больной пользуется полным съемным протезом в течение 5 лет. Обратился по поводу плохой фиксации протеза на нижней челюсти.

Внешний осмотр. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица, имеются выраженные носогубные и подбородочные складки, в углах рта – заеды.

Объективные данные.

Зубная формула:

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

На съемном протезе имеются стертые пластмассовые зубы. Имеется выраженная атрофия альвеолярного отростка. Альвеолярный отросток и тело нижней челюсти атрофированы таким образом, что прикрепление мышц находится на уровне гребня альвеолярного отростка. Имеются подвижные тяжи слизистой оболочки, расположенные продольно и легко смещающиеся при незначительном давлении.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 101

На кафедру ортопедической стоматологии КемГМУ в 2015 году обратилась пациентка 28 лет, которой в 2000 году была проведена операция резекции половины верхней челюсти по поводу злокачественного образования.

В 2001, 2003, 2007 году ей изготавливались пострезекционные съемные протезы верхней челюсти с базисом из акриловой пластмассы и монолитной obtурирующей частью. Фиксация протеза осуществлялась гнутыми проволочными кламмерами. Пациентка отмечала, что существенными недостатками конструкции являлись неудовлетворительная герметизация полости рта и носа, «отвисание» наиболее массивной части протеза. В 2011 году был изготовлен протез с акриловым базисом и пустотелой obtурирующей частью. Протез стал легче, отвисание незначительным. Герметизация полости рта и носа, по-прежнему неудовлетворительная, неоднократные перебазировки приводили к кратковременному улучшению, при этом отмечалось хроническое воспаление слизистой носовой полости.

На кафедру пациентка обратилась с целью протезирования в связи с неудовлетворительным функциональным состоянием протеза, боли в опорных зубах возникающие от повышенной горизонтальной экскурсии протеза.

При внешнем осмотре лицо симметричное. На верхней губе справа – слабозаметный постоперационный рубец. Высота нижней трети лица не изменена.

При осмотре полости рта: съемный протез с проволочными металлическими кламмерами располагающимися на 2.2, 2.5, 2.7 зубах (рис. 1).



Рис.1.

После снятия протеза: мелкое преддверие полости рта в области дефекта, отсутствие переходной складки в дистально-боковом отделе дефекта, пострезекционный дефект половины верхней челюсти (рис. 2).



Рис. 2.

Гиперемия слизистой носовых ходов и по краю дефекта, в местах контакта с obtурирующей частью протеза. На здоровой половине верхней челюсти сохранены 2.2, 2.3,

2.4, 2.5, 2.7 зубы (рис. 3).



Рис. 3.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача №102

Пациентка 76 лет в 2014 году обратилась на кафедру ортопедической стоматологии КемГМУ с жалобами на отсутствие фиксации съемного протеза верхней челюсти, затрудненный прием пищи и воды (рис. 1).



Рис. 1.

При открывании рта протез не фиксируется, речь без протеза не разборчива (рис. 2).



Рис. 2.

Из анамнеза: В 2002 году проведена операция резекции половины верхней челюсти по поводу злокачественного образования. В 2003 году на кафедре ортопедической стоматологии КемГМУ был изготовлен пострезекционный протез верхней челюсти с телескопической системой фиксации. Ранее пострезекционный протез ей не изготавливался.

В 2008 году изготовлен новый протез, так же с телескопической системой фиксации.

С 2012 года пациентка удаляла оставшиеся зубы на здоровой половине верхней челюсти. После удаления зубов в стоматологических поликлиниках к ранее изготовленному протезу приваривались искусственные зубы (рис. 3).



Рис. 3.

После удаления последнего зуба пациентка направлена на консультацию на кафедру ортопедической стоматологии КемГМУ.

При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица. Со стороны дефекта верхней челюсти – постоперационные рубцовые изменения в области верхней губы, крыла носа и щеки, опущение глаза. Высота нижней трети лица снижена.

При осмотре полости рта: полное отсутствие зубов на верхней челюсти, мелкое преддверие полости рта, неравномерная атрофия альвеолярного отростка, постоперационный дефект верхней челюсти (рис. 4).



Рис. 4.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача №103

Больная Н, 73 лет обратилась на кафедру ортопедической стоматологии КемГМУ для протезирования.

Из анамнеза выяснено, что год назад женщина перенесла операцию по удалению злокачественной опухоли мягкого неба и теперь не может внятно говорить, свободно принимать пищу.

При осмотре полости рта – на мягком небе дефект округлой формы размером 15 × 12

мм. (рис. 1).



Рис. 1.

На ортопантограмме видна деструкция костной ткани верхней челюсти (рис. 2).



Рис. 2.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).
- 5.

Задача №104

На кафедру ортопедической стоматологии КемГМУ в 2014 году обратилась больная В., 16 лет с жалобами на плохую фиксацию съемного пострезекционного протеза. Из анамнеза выяснено, что два года назад ей был поставлен диагноз рак твердого неба. Внутриротовым доступом проведена резекция части альвеолярного отростка верхней челюсти, части твердого и мягкого неба, после операции наложен пострезекционный имедиат-протез. Через полгода после операции изготовлен постоянный пустотелый протез из акрилового базиса. Девочка отмечала хорошую фиксацию протеза, которая впоследствии ухудшилась. На момент обращения пострезекционный протез фиксировался только при закрытом рте.

При внешнем осмотре асимметрии лица не выявлено, носогубные и подбородочная складки умеренно выражены. Высота нижней трети лица не изменена.

При осмотре зубных рядов в положении центральной окклюзии – прикус ортогнатический (рис. 1).



Рис. 1.

При осмотре полости рта: отсутствие альвеолярного отростка верхней челюсти слева вместе с зубами 2.6, 2.7, 2.8, отсутствие части твердого и мягкого неба. Зубы, ограничивающие дефект верхней челюсти и нижний зубной ряд интактны (рис. 2).



Рис. 2.

На ортопантограмме – дефект верхней челюсти (рис. 3).



Рис. 3.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Зубы 1.3, 1.1, 2.1 стерты на 1/3 коронки зуба.

Корни зубов 1.3, 1.1, 2.1, 2.4 оголены на 1/3.

Искусственные коронки не доходят до десны. Мостовидный протез с опорой на зубы 4.8, 4.4 треснут по месту спайки искусственного зуба с опорной коронкой (рис 1).



Рис. 1.

После снятия коронок состояние твердых тканей зубов показаны на рисунках 2–4.



Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 107

Пациентка С., 75 лет, обратилась с жалобами на невозможность пользования старыми съемными протезами, отлом коронки зуба 1.3.

Из анамнеза выяснено, что зубы удалялись в течение жизни по поводу осложнения

кариеса, пациентка неоднократно протезировалась. Последние протезы изготовлены 8 лет назад.

Объективно: Лицо симметрично, нижняя треть снижена, носогубные и подбородочная складки углублены.

Слизистая полости рта бледно-розового цвета.

Зубная формула:

о	о	о	о	о	г	о	о	о	о	о	о	о	о	к	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
о	о	о	о	о	к	с			к	о	о	о	о	о	о	

Искусственные коронки на зубах 4.2, 3.2 протерты (рис 1).



Рис. 1.

На внутриротовой рентгенограмме канал зуба 1.3. запломбирован до верхушки корня.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 108

Больная К., 65 лет, обратилась с жалобами затрудненное пережевывание пищи.

Из анамнеза выяснено, что зубы начала удалять с 20 лет по поводу осложнений кариеса, несколько раз протезировалась несъемными конструкциями. Около года назад были удалены 4.6, 4.4 зубы, служившие опорой в мостовидном протезе из-за разрушения их под коронкой, и 3.5, 3.6, 3.7 зубы по поводу осложнения кариеса. Пять лет назад был изготовлен частичный съемный пластинчатый протез на верхнюю челюсть с опорно-удерживающими кламерами на 1.1, 1.3.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочные складки углублены, углы рта опущены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без видимых патологических изменений. Коронки нижних зубов стертые на ¼, клиновидные дефекты в пришеечной области. Зубы 1.1 и 1.3 имеют подвижность 1 степени (рис.1).

Зубная формула:

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



Рис.1

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 109

Больной Я., 52 года, обратился с жалобами на эстетический дефект, затрудненное пережевывание пищи, боли при приеме кислой пищи.

Из анамнеза выяснено, что зубы начал удалять с молодого возраста по поводу осложнения кариеса. Неоднократно протезировался. Мостовидный протез с опорой на зубы 3.2, 3.4 сломался 2 года назад. 4 года назад были удалены зубы 1.4, 1.5, 1.7, и 2.4, 2.7, служащие опорой в мостовидных протезах, в связи с их разрушением.

Объективно: высота нижней трети лица снижена. Носогубные и подбородочная складка выражены, углы рта опущены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без особенностей.

Верхние резцы имеют стираемость на 1/3 высоты коронок, зубы 3.1, 4.1, 4.2 стертые на 1/2 высоты коронок, зуб 4.4 стерт на 1/4 высоты коронок.

Зубы 3.2, 3.4 покрыты металлическими коронками (рис.1).



Рис.1

Зубная формула:

о	о	о	о	о							о	о	о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о									к	о	к				

1. Предварительный диагноз

2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 110

Больной К., 56 лет, строитель. Обратился с жалобами на затрудненное пережевывания пищи, на боли при действии термических и механических раздражителей.

Из анамнеза выяснено, что больной начал удалять с молодого возраста по поводу осложнения кариеса. Ранее не протезировался.

Объективно: высота нижней трети лица снижена. Носогубные и подбородочные складки углублены, углы рта опущены.

Отмечается горизонтальная стираемость всех нижних зубов и всех верхних резцов на 1/4 высоты коронок. Диастемы на верхней и нижней челюсти.

Зубы 1.6, 2.6, 2.7 имеет вторичное вертикальное перемещение с обнажением корня зуба на 1/4, с гипертрофией альвеолярного отростка (рис. 1).



Рис.1.

Зубы 4.1, 4.2, 3.1, 3.2 имеют подвижность 1 степени. На рентгенограмме в области зубов 4.1, 4.2, 3.1, 3.2 отмечается резорбция костной ткани на 1/4 корней зубов.

Зубная формула:

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

Разница между состоянием относительного физиологического покоя и положением центральной окклюзии составляет 4мм. Прикус прямой.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 111

Пациент И, 53 года, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты, невозможность пережевывать пищу, затрудненную речь.

Анамнез: Зубы стал удалять с молодого возраста по поводу осложнения кариеса, в течение 30 лет работал на химическом производстве. Неоднократно протезировался.

Три месяца назад под опорными зубами мостовидных протезов возникли боли. Протезы были сняты, зубы 1.6, 1.3, 1.1, 2.2, 2.4, 2.6, 3.7, 3.4 удалены.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочная складки резко выражены. Подбородок выступает вперед.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Средневыраженная равномерная атрофия альвеолярных отростков и бугров верхней челюсти. Свод неба умеренно выражен.

Зубная формула:

о	п	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	п	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о	о	о	о								о	о	о	о	о

Зубы 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3 зубы стертые на 1/2 высоты коронки. Зубы 1.7, 2.7, 3.3, 4.4 обработаны под металлические коронки.

Прикус не фиксированный.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 112

Пациент Г., 53 года, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты, невозможность пережевывать пищу, затрудненную речь.

Из анамнеза выяснено, что зубы были удалены несколько лет назад в результате автокатастрофы. На верхнюю челюсть был изготовлен полный съемный протез, которым пациент не пользовался из-за плохой фиксации.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочная складки резко выражены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Средневыраженная равномерная атрофия альвеолярных отростков и бугров верхней челюсти. Свод неба умеренно выражен.

Зубная формула:

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

Прикус не фиксированный.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 113

Пациент И., 42 года, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты.

Из анамнеза выяснено, что зубы удалены в течение несколько лет по поводу заболеваний пародонта и осложнения кариеса. Ранее протезами не пользовался.

Объективно: При внешнем осмотре отмечается западение верхней и нижней губы. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Зубная формула:

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

Коронки оставшихся зубов интактные, высокие, с хорошо выраженной анатомической формой.

Прикус ортогнатический.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 114

Больной Л., 43 года, кадровый военный. Обратился с жалобами на затрудненность пережевывания пищи из-за болей при действии термических и механических раздражителей.

Из анамнеза выяснено, что больной на протяжении 20 лет находится на службе в вооруженных силах. Неоднократно находился в «горячих точках», в том числе 2 года проходил службу и принимал участие в боевых действиях в республике Афганистан.

Объективно: высота нижней трети лица снижена. Носогубная и подбородочные складки углублены.

Зубной ряд интактный. (рис. 1, рис. 2).



Рис. 1.



Рис. 2.

Отмечается горизонтальная стираемость всех верхних и нижних зубов.

Стираемость жевательных зубов на 1/3 высоты коронки с обнажением дентина, стираемость передних зубов от 1/3 до 1/2 высоты коронки так же с обнажением дентина.

На верхних передних зубах – вертикальная стираемость, клиновидные дефекты в пришеечной области.

Разница между состоянием относительного физиологического покоя и положением центральной окклюзии составляет 8 мм.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 115

Больная М., 50 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на полное отсутствие верхних и нижних зубов, невозможность пережевывания пищи, боли в эпигастральной области.

Больная удаляла зубы в течение 20 лет по поводу осложненного кариеса. Боли в эпигастральной области больная связывает с отсутствием зубов. Ранее съемными протезами не пользовалась. Удаление последних зубов (12) было проведено 2 недели назад.

Внешний осмотр. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица, выраженные носогубные, подбородочные складки.

Объективные данные. На верхней челюсти альвеолярный отросток высокий, равномерно покрытый плотной слизистой, хорошо выраженные верхнечелюстные бугры, глубокий небный свод, торус слабо выражен. Прикрепление уздечек верхней губы и щечных тяжей – у основания гребня альвеолярного отростка. На нижней челюсти имеется хорошо выраженный альвеолярный отросток, выраженная переходная складка как с вестибулярной, так и с оральной сторон, при перемещении мягких тканей нижней челюсти (тканей щек, дна полости рта, языка), мягкие ткани, покрывающие альвеолярный отросток, неподвижны, при пальпации в складку не собираются, челюстно-подъязычные линии округлой формы, при давлении безболезненны.

1. Предварительный диагноз

2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 116

Больной К., 58 лет, обратился в клинику с жалобами на полное отсутствие зубов на нижней челюсти, частичное на верхней челюсти.

Анамнез. Больной удалял зубы в течение 30 лет, в последний раз удалил зубы 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 по поводу пародонтоза, на нижней челюсти зубов нет 7 лет. Больной пользуется полным съемным протезом в течение 5 лет. Обратился по поводу плохой фиксации протеза на нижней челюсти.

Внешний осмотр. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица, имеются выраженные носогубные и подбородочные складки, в углах рта – заеды.

Объективные данные.

Зубная формула:

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

На съемном протезе имеются стертые пластмассовые зубы. Имеется выраженная атрофия альвеолярного отростка. Альвеолярный отросток и тело нижней челюсти атрофированы таким образом, что прикрепление мышц находится на уровне гребня альвеолярного отростка. Имеются подвижные тяжи слизистой оболочки, расположенные продольно и легко смещающиеся при незначительном давлении.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 117

Пациент И., 33 года, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический дефект.

Анамнез: Верхние центральные резцы отломлены несколько дней назад в результате травмы. После травмы зубы депульпированы.

Объективно: Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Зубная формула:

		о		п		п			п		п	п	о		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	п	п		п								п	п	п	

Коронки верхних центральных резцов отломлены на 2/3 высоты, каналы

запломбированы.

Прикус глубокий. Верхние зубы перекрывают нижние на 3/4 высоты.

На внутриротовой рентгенограмме каналы верхних центральных резцов запломбированы до верхушек корней.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 118

Пациент В., 56 лет, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты.

Анамнез: Зубы стал удалять с молодого возраста по поводу осложнения кариеса. Неоднократно протезировался.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочная складки резко выражены. Подбородок выступает вперед.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Средневыраженная равномерная атрофия альвеолярного отростка и бугров верхней челюсти. Свод неба умеренно выражен. Неравномерная атрофия альвеолярного отростка на нижней челюсти.

Зубная формула:

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

Сохранившийся центральный резец на верхней челюсти имеет подвижность I степени. Прикус не фиксированный.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 119

Пациентка М., 46 лет, обратилась на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты.

Из анамнеза выяснено, что зубы удалены в течение несколько лет по поводу осложнения кариеса. Ранее протезами не пользовалась.

Объективно: При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижней трети лица. Носогубные и подбородочная складки углублены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических

изменений.

Зубная формула:

о	о	о	о								о		о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о	о	о	о	п							п	о	о	о	о

Коронки передних верхних и нижних зубов стертые на 1/3 высоты.

Прикус – глубокое резцовое перекрытие, дистальный сдвиг нижней челюсти.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 120

Пациент Л., 33 года, обратился с жалобами на эстетический дефект, затрудненное пережевывание пищи. Работает преподавателем.

Из анамнеза выяснено, что зубы были удалены по поводу осложнения кариеса. Несколько лет назад был изготовлен пластмассовый мостовидный протез с опорой на зубы 1.2 и 2.1, который сломался неделю назад. Другие дефекты зубных рядов не замечались.

Объективно: Лицо симметрично, нижняя треть не изменена.

Слизистая полости рта бледно-розового цвета.

Зубная формула:

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

На зубе 2.1 штифтовая конструкция удовлетворительного качества. Протяженный включенный дефект нижнего зубного ряда.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

ЗАДАЧА № 121

(

Настя, 1,8 года

Жалобы: на температуру тела 38,2°, наличие болезненных высыпаний в полости рта и пузырьков на губах. Ребенок не ест, плохо спит.

Анамнез: со слов матери у ребенка 4 дня назад поднялась температура тела до 38,7°,

через 3 дня появились пузырьки на коже вокруг рта и красной кайме губ, затем эрозии на слизистой оболочке полости рта. К ребенку был приглашен педиатр, который направил на лечение к стоматологу.

Объективно: ребенок беспокоен, в контакт не вступает. Кожные покровы лица бледные. Подчелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличены до 0,5 см, подвижные, болезненные при пальпации. Красная кайма губ гиперемирована, на коже губ – пузырьки размером до 0,3 см с прозрачным содержимым, кожа в углах рта мацерирована. На слизистой оболочке верхней губы, на слизистой щек, по переходным складкам, на языке имеются множественные афты, покрытые фибринозным налетом и окруженные венчиком гиперемии. Десневой край гиперемирован, отечен, кровоточит при дотрагивании.



			II	I	I	II			
			II	I	I	II			

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте алгоритм местного и общего лечения.
4. Составьте план противоэпидемических мероприятий.

ЗАДАЧА № 122

Саша Т., 7 лет.

Жалобы: мальчик жалуется на боль и потемнение коронки зуба 2.1, температуру тела до 37,3°C.

Анамнез: 1 месяц назад получил удар мячом в область верхней губы, к врачу не обращался. 3 дня назад после переохлаждения появились отек верхней губы, тупая ноющая боль в зубе 2.1.

Объективно: Асимметрия лица за счет отека верхней губы. Кожа в цвете не изменена. Подчелюстные лимфатические увеличены слева, болезненные при пальпации, подвижные, округлой формы, величиной 0,5 на 0,5 см. Слизистая оболочка верхней губы гиперемирована, отечна, переходная складка сглажена, болезненная с вестибулярной стороны. Коронка зуба 2.1. серого цвета. Перкуссия зуба болезненная.

	II	II		с			с		II	Pt	
--	----	----	--	---	--	--	---	--	----	----	--

6	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V	6
с	0	Pt							Pt	с	с



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 123

Катя К., 5 лет

Обратилась с целью санации полости рта.

Анамнез: девочка от первой физиологически протекавшей беременности. Вскармливалась искусственно. На первом месяце жизни перенесла пневмонию. Зубы лечит с 11 - месячного возраста.

Объективно: кожные покровы телесного цвета, лицо симметричное. Уздечки губ прикрепляются у основания межзубных сосочков. Слизистая оболочка полости рта розовая, язык влажный, розовый. Щечные бугры зубов 84, 85 перекрывают щечные бугры зубов 54, 55. Коронка зуба 83 перекрывает коронку зуба 53. Отсутствует физиологическая стираемость зубов 53, 63, 73, 83.

Гигиенический индекс 1,8 (по методу Федорова - Володкиной). Индекс РМА=28%.

С	С		С	С	С	С			С
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
С	С							С	С



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 124

Егор Е., 13 лет

Жалобы: на наличие эстетического дефекта 21 зуба, боли ноющего характера от горячего.

Анамнез: Неделю назад при падении ударился о парту и отломил коронку 2.1 зуба. Зуб сильно болел 2 дня, принимал обезболивающие, затем боли стихли, зуб стал беспокоить только от горячего. Остаток коронки изменился в цвете. К врачу не обращался.

Объективно: при осмотре отсутствует 2/3 коронки 2.1 зуба, полость зуба вскрыта, зондирование устья корневого канала болезненное. Перкуссия 2.1 зуба безболезненная. Слизистая в области 2.1 зуба без патологических изменений. Прикус ортогнатический. **ГИ=1,2, РМА=19,3%**

С	П/С	П/С							П/С	П/С	0
6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6
П	С							С		П/С	П



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 125

Вика Ш., 14 лет обратилась с жалобами на кровоточивость десен во время чистки зубов. Впервые кровоточивость заметила около года назад. К врачу не обращалась.

Объективно: Видимой асимметрии лица нет, кожа сухая. Дыхание через нос. Функции глотания и жевания нарушены. Прикус дистальный, с глубоким резцовым перекрытием, без смещения. Десна на всем протяжении гиперемирована, десневые сосочки верхних и нижних фронтальных зубов гипертрофированы, покрывают коронки на $\frac{1}{2}$ величины. В области всех зубов имеются зубодесневые карманы с серозным экссудатом, глубина их – 3 мм. В пришеечной области зубы покрыты мягким зубным налетом, над- и поддесневой зубной камень. Проба Шиллера положительная. **РМА=65%, индекс гигиены = 2,5.**

На рентгенограмме выявлено наличие четких кортикальных пластинок вершин межальвеолярных перегородок. Корни зубов сформированы.

	С												
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
	П											С	



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным средствам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 126

Ира Т., 1 год 9 месяцев. Осмотр стоматолога проводится с целью диспансеризации.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности. Беременность у матери протекала с явлениями угрозы прерывания, для лечения которой была госпитализирована в сроки 12, 20, 32 недели. Ребенок родился в срок, весом 2100 г., с оценкой по шкале Апгар 7 баллов. На естественном вскармливании находилась 1 месяц. Часто болеет ОРВИ.

Объективно: кожные покровы лица бледные. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены до 1 см, мягкие, безболезненные. Губы в покое не сомкнуты, ребенок дышит ртом. При глотании наблюдается напряжение подбородочной мышцы.

Преддверие полости рта средней глубины. Фронтальная группа зубов верхней челюсти выступает вперед на 0,5 см и не перекрывает одноименную группу зубов нижней челюсти. На пришеечных и апроксимальных поверхностях зубов 51, 52 и 61, 62 глубокие кариозные полости, полость зубов не вскрыта, реакция на холод болезненная, кратковременная, препарирование болезненное. На зубах обильные отложения мягкого зубного налета. **ГИ=3,4**

			С	С	С	С			
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 127

Родители **Димы К., 2-х лет**, перенесшего две недели назад ОРВИ, обратились с **жалобами** на подъем температуры тела до 39 С°, периодически возникающую рвоту, отказ ребенка от пищи, наличие высыпаний в полости рта и на губах.

Анамнез заболевания: заболел четыре дня назад. Поднялась температура тела до 39 С°, появилась общая слабость, ребенок отказывался от пищи. Затем появилась заложенность носа и обильные выделения из него. Педиатром был поставлен диагноз ОРВИ. Через три дня в полости рта появились болезненные высыпания, и педиатр рекомендовал лечение у стоматолога.

Анамнез жизни: родился в срок, вскармливание искусственное. На первом году жизни перенес отит, ветрянку; 3-4 раза в год болеет ОРВИ.

Объективно: на 5-й день заболевания. Поведении ребенка безучастное. Кожные покровы лица бледные. Дыхание ротовое. В поднижнечелюстной области с обеих сторон пальпируются увеличенные до 1x1 см, плотные лимфатические узлы. На красной кайме и коже верхней губы имеются сгруппированные пузырьки, содержащие экссудат. Отмечается обильное слюноотделение. На гиперемированной слизистой оболочке обеих губ, щек и кончике языка имеются мелкие, множественные эрозии (около 20 элементов поражения), с четкими очертаниями, покрытые фибринозным налетом. На боковой поверхности языка слева эрозии сливаются между собой серого цвета. Десневой край гиперемирован, отечен, кровоточит при зондировании.



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 129

Света Л., 10 лет обратилась к стоматологу с жалобами на боль в области зуба 1.6.

Анамнез заболевания: Боль возникала самопроизвольно и от температурных раздражителей. Спала плохо, аппетит снижен.

Объективно: коронка зуба 1.6 с кариозной полостью, полость зуба вскрыта, зондирование вскрытой точки болезненное. Слизистая оболочка в области причинного зуба в цвете не изменена. Коронки зубов 1.4, 1.5 интактные, но имеют пигментированную эмаль желтовато-коричневого цвета. **РМА=41%, ГИ=2,6**

С								О			С
6	5	4	Ш	2	1	1	2	Ш	4	5	6
С	О							О			С



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 130

Родители ребенка 5 лет обратились в поликлинику с жалобами на отек верхней губы, повышенную температуру тела до 37,5 С°, нарушение сна, аппетита.

Анамнез: год назад ребенок получил удар качелей по зубам верхней челюсти. Кровотечение остановили самостоятельно, за квалифицированной помощью не обращались. В течение года коронки зубов 51 и 61 изменили свой цвет. Отек верхней губы мама связывает с переохлаждением ребенка.

Объективно: асимметрия лица за счет отека верхней губы, легкая гиперемия кожи губы. Пальпация верхней губы и переходной складки болезненная. Переходная складка сглажена в области зубов 51 и 61. Коронки зубов серого цвета, коронка зуба 61 смещена в небную сторону. Перкуссия зубов болезненная. Из дополнительных методов обследования было проведено рентгенологическое.

	С	С		С	С	С	С			С	
6	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V	6
		С							С	С	



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 131

Вова Д., 1 год 8 мес.

Жалоб на боли в 51, 52, 61, 62 нет, обратился с целью санации полости рта.

Анамнез жизни. Ребёнок рождён от второй беременности, протекавшей с ранним токсикозом. На сроке 12 недель мать перенесла ОРВИ. На первом году жизни ребёнок перенёс ОРВИ, дисбактериоз, обструктивный бронхит, наблюдались диспепсические явления. Вскармливание искусственное с 2-х месяцев. Экссудативный диатез.

Анамнез заболевания. 51, 52, 61, 62 ранее не лечены. Разрушение коронок происходило постепенно с момента прорезывания.

Объективные данные. Коронки 51, 52, 61, 62 разрушены на 1/2, полости зубов легко вскрываются при зондировании, эмаль и дентин маломинерализованы, мягкие, влажные, светлого цвета. Зондирование точек вскрытия резко болезненное, реакция на термические раздражители (холод) болезненная, длительная. Перкуссия 51, 52, 61, 62 безболезненная.

Гигиена полости рта нерегулярная. ГИ=3,4

	С		С	С	С	С			
	IV	III	II	I	I	II	III	IV	
	С							С	



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 132

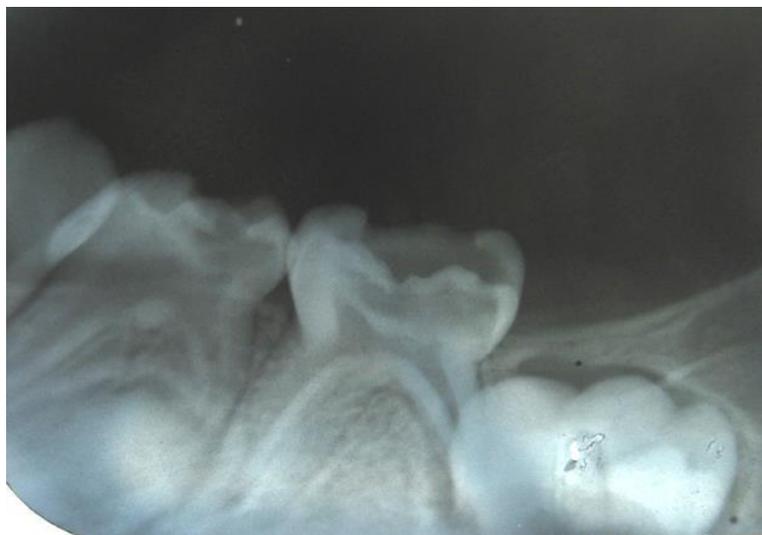
Саша Р., 5 лет.

Жалоб на боли в 75 нет, обратился с целью санации полости рта.

Анамнез заболевания. 75 ранее не лечен.

Объективные данные. На жевательной поверхности 75 глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта, зондирование точки вскрытия резко болезненно, реакция на термические раздражители (холод) болезненная, длительная. Перкуссия 75 безболезненна. **ГИ= 2,9, РМА=15%**

	П							П	
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
С	С							П	П



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 133

Валя Ч., 9,5 лет.

Жалобы на самопроизвольные боли в 46. Боли ночные, длительные от холодного,

иррадиирующие по ходу тройничного нерва.

Анамнез заболевания. Лечение 46 было начато 14 дней назад по поводу глубокого кариеса с отсроченным пломбированием. Боли появились 4 дня назад.

Внешний осмотр: Осанка нарушена. Профиль прямой. Отмечается западание верхней губы, носогубные складки выражены.

В полости рта: преддверие полости рта, уздечки губ и языка без особенностей, смыкание первых моляров по I классу справа, слева 36 отсутствует. Во фронтальном отделе нижние резцы перекрывают верхние. Имеется нарушение средней линии за счет смещения фронтальной группы зубов верхнего зубного ряда вправо (53 зуб удален в возрасте 2,5 лет). Между центральными резцами верхней и нижней челюстей промежутки. На жевательно-щёчной поверхности 46 – полость, закрытая временным пломбировочным материалом. После удаления временной пломбы видна глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно в одной точке в проекции рога пульпы. Реакция на термические раздражители (холод) положительная, длительная, перкуссия 46 слабобезболезненна.

РМА=12%, ГИ=1,8

	П	П							П	П	
6	V	IV	III	2	1	1	2	III	IV	V	6
П	П								П	П	0



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 134

Валентина А., 9 лет

Жалобы на наличие кариозных зубов, появление болей от термических раздражителей в 11, 21 и 22 зубах

Из анамнеза выяснено, что девочка к стоматологу не обращается, за полостью рта не следит.

Объективно: На смежных апроксимальных поверхностях 11, 21, 22 зубов пломбы, по периферии, окруженные размягченными тканями зуба. Пломба из 21 зуба удалена частично из-за болезненного препарирования. Визуально и инструментально определяется



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 136

Миша Л., 5 лет находится на лечении у стоматолога.

Жалоб на боли в зубах не предъявляет.

Анамнез: 74 зуб лечен по поводу глубокого кариеса 1 год назад. В течение года, со слов мамы, зуб не беспокоил.

Объективно: на жевательной поверхности 74 зуба пломба герметична. Перкуссия безболезненная. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в проекции корней 74 зуба цианотична. Ребенок направлен на рентгенограмму. После удаления пломбы обнаружено размягченное безболезненное при зондировании дно кариозной полости. Реакция на температурные раздражители отсутствует, перкуссия безболезненная.

V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
	С							П	



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 137

Коля, 13 лет.

Жалобы на слабость, головную боль, повышенную температуру тела (38,2 С), отсутствие аппетита, плохой сон, боли в десне. Болеет в течение двух дней. Обратил внимание на боль в десне при приеме пищи, кровоточивость и болезненность десны при попытке чистки зубов. Постепенно боль в десне усилилась, прием пищи и гигиенические манипуляции стали невозможными, появился неприятный запах из полости рта. Ночь провел беспокойно, поднялась температура (38,7 С). Заболевание связывает с переохлаждением во время занятия спортом. В течение последнего месяца перенес ангину и ОРВИ.

Объективно: физическое развитие соответствует возрасту. Мальчик бледный, гиподинамичный. Красная кайма губ без особенностей. Рот открывает свободно. На всех зубах обильное отложение мягкого зубного налета. Десна гиперемирована, отечна, кровоточит при прикосновении. В области 11 и 12 зубов десневой сосочек некротизирован, раневая поверхность покрыта серым налетом. В области 41 и 42 зубов десневой сосочек отечен, гиперемирован, изъязвлен, десневой край гиперемирован, отечен. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены в размере до 1 см в диаметре с обеих сторон, подвижные, безболезненные при пальпации.

Общий анализ крови:

Э – $3,6 \times 10^{12}$ /л;

НЬ – 110г/л;

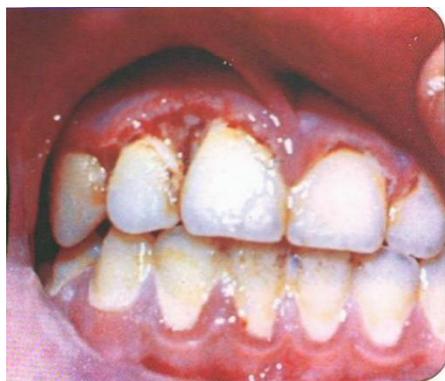
ЦП – 0,91;

СОЭ – 18 мм/ч;

L – $9,8 \times 10^9$ /л

Лейкоцитарная формула

Б -0, Э – 3, Ю - 2, П/я – 6, С - 62, лимфоциты -23, моноциты – 4.



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 138

Девочка, 14 лет, направлена на консультацию к стоматологу.

Жалобы: на подвижность зубов, болезненность при приеме пищи, периодическое обострение гингивита. С двухлетнего возраста у ребенка отмечена цикличность процесса, периодически (через 24 дня) возникает повышение температуры до 38 – 39,5, увеличиваются шейные, подчелюстные лимфатические узлы. Обострение длится 5-7 дней,

после чего температура падает. В возрасте 3-4 лет у ребенка была спонтанная ремиссия болезни в течение года. С возрастом заболевание стало более доброкачественным, отсутствует температурная реакция, хотя цикличность течения остается.

При осмотре: видимой асимметрии лица не выявлено, кожа лица сухая, бледная. Тургор кожи не нарушен. Дыхание смешанное. Функция жевания нарушена. Вредных привычек нет. Уздечки губ и языка средние. Преддверие полости рта среднее. Слизистая оболочка полости рта розовая. Десна гиперемированная, цианотична, рыхлая. Имеются пародонтальные карманы в области всех зубов глубиной до 5 мм. Подвижность зубов III степени. Зубы покрыты мягким зубным налетом, ГИ=4,0 (по Грину-Вермиллиону), обильные отложения над- и поддесневого зубного камня. **Индекс РМА – 100%. КПУ=3.**

Клинический анализ крови в период кризиса:

Нв – 103 г/л
СОЭ – 53 мм/ч
Э – $3,8 \times 10^{12}$ /л
ЦП – 0,81
L – $3,8 \times 10^9$ /л

Лейкоцитарная формула в период кризиса:

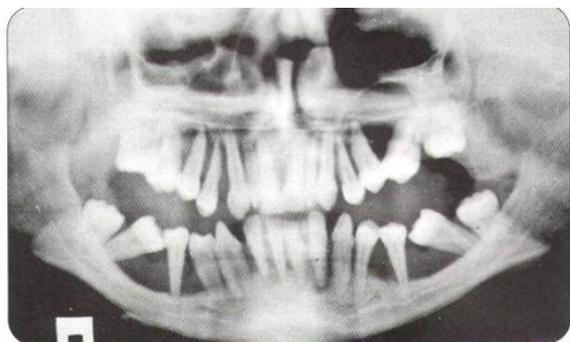
Б -, Э -, Ю - 0, П/я -, С - 13,
лимфоциты – 58, моноциты -42

Клинический анализ крови в период ремиссии:

Нв – 113 г/л
Э – $4,18 \times 10^{12}$ /л
ЦП – 0,81
СОЭ – 17 мм/ч
L – 8×10^9 /л

Лейкоцитарная формула:

Б -, Э – 3, Ю - , П/я – 5, С - 28,
лимфоциты – 48, моноциты -16



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Сделайте заключение по гемограмме и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Определите тактику лечения.
4. Определите рентгенологические симптомы заболевания.

ЗАДАЧА № 139

Пациент К., 12 лет обратился с жалобами на разрастание десен, их кровоточивость при чистке зубов и боль вовремя приема пищи.

Анамнез: подобные жалобы появились год назад, в раннем детстве перенес рахит, имеет дефицит массы тела.

Объективно: в области верхних и нижних фронтальных зубов 14,13, 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 41, 42, 43 десневые сосочки отёчны, рыхлые, кровоточат при зондировании, гипертрофированы, покрывают на 1/2 коронки зубов, десна покрыта ярко-красными грануляциями, при пальпации мягкой консистенции, болезненны и кровоточат, присущая для десны фестончатость нарушена. Имеются десневые карманы глубиной до 3-4 мм с серозным экссудатом. В пришеечной области зубы покрыты зубным налётом, значительные отложения зубного камня.



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 140

Родители ребенка 2х лет, перенесшего 2 недели назад ОРВИ, обратились с жалобами на подъем температуры тела до 39 С, периодическую возникающую рвоту, отказ ребенка от пищи, наличие болезненных язвочек в полости рта.

Анамнез заболевания: заболел 4 дня назад. Поднялась температура тела до 39 С, появилась общая слабость, ребенок отказывался от пищи. Педиатром был поставлен диагноз ОРВИ. Через 3 дня в полости рта появились болезненные высыпания и было рекомендовано лечение у стоматолога.

Анамнез жизни: родился в срок, вскармливание искусственное. На первом году жизни перенес отит, ветрянную оспу; 3-4 раза в год болеет ОРВИ.

Объективно: 5 день заболевания. Поведение ребенка безучастное. Кожные покровы лица бледные, дыхание через рот. В поднижнечелюстной области с обеих сторон пальпируются увеличенные до 1х1 см плотные лимфатические узлы. На красной кайме и коже подбородка имеются пузырьки с серозным экссудат. Отмечается обильное слюноотделение. На гиперемированной слизистой оболочке обеих губ, щек и кончике языка имеются мелкие, множественные эрозии (около 20 элементов поражения), с четкими очертаниями, покрытые фибринозным налетом. На боковой поверхности языка слева эрозии сливаются между собой с образованием некротической поверхности. Десневой край гиперемирован, отечен, кровоточит при зондировании.

Клинический анализ крови:

НЬ – 90 г/л
СОЭ – 25 мм/ч
ЦП – 0,77
Э – $2,5 \times 10^{12}/л$
L – $18,8 \times 10^9/л$

Лейкоцитарная формула

Б -0, Э -4, Ю -2, П/я -8, С - 42,
лимфоциты – 36, моноциты – 8
Токсическая зернистость

Общий анализ мочи:

Уд. Вес – 1018
Цвет – соломенно-желтый
Реакция – слабокислая
Белок – 0,06г/л
Эпителий – ед. в поле зрения
Лейкоциты – 2-3 в поле зрения
Эритроциты – ед. в поле зрения
Цилиндры – отсутствуют
Слизь – отсутствует.

нейтрофилов ++



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №141

Миша М., 7 лет.

Жалобы со слов мамы на постоянное облизывание губ и приоткрытый рот в течение 3 месяцев.

Анамнез жизни: часто болеет простудными заболеваниями.

Объективно: рот ребенка приоткрыт, тип дыхания смешанный, постоянно облизывает губы. Красная кайма губ гиперемированная, сухая, покрытая сероватыми чешуйками и трещинами. На нижней губе в центральной части трещина в пределах слизистой оболочки. При пальпации трещина мягкая, умеренно болезненная. Кожа в периоральной области без патологических изменений.

Гигиенический индекс ОНI-S = 3,4

	п	п		с			с		п	Pt	
6	V	IV	III	II	1	1	II	III	IV	V	6
с	0	Pt							Pt	с	с



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
	с	с									с	с	



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 144

Павел К., 12 лет

Обратился с жалобами на отсутствие и подвижность зубов.

Анамнез: подвижность зубов появилась несколько лет назад, постепенно нарастала, некоторые зубы были удалены. В дошкольном возрасте часто болел острыми респираторными заболеваниями.

Объективно: экзофтальм, увеличение лимфатических узлов, десна в области резцов и моляров синюшная. Пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм, с грануляциями. Подвижность зубов 2 степени. На рентгенограмме в области резцов и моляров отмечается ограниченный остеопороз костной ткани альвеолярного отростка и тела нижней челюсти.

Анализ крови: лейкоцитоз, тромбоцитоз, эозинофилия (8-4%). При морфологическом исследовании грануляционной ткани отмечается скопление ретикулоцитов и эозинофильных гранулоцитов.



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №149

Саша Р., 5 лет.

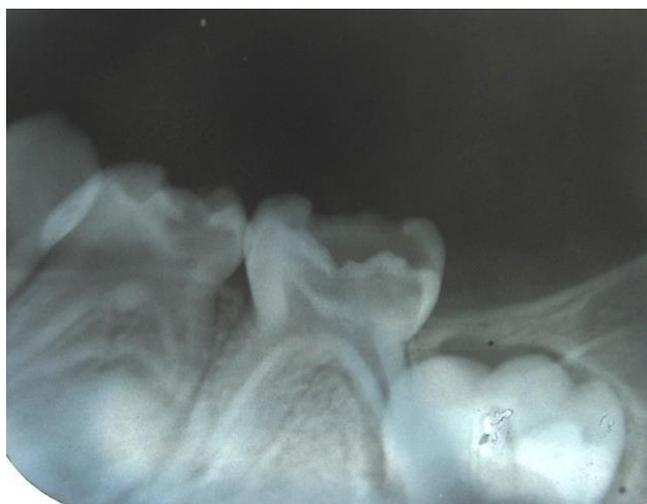
Жалоб на боли в 75 нет, обратился с целью санации полости рта.

Анамнез заболевания. 75 ранее не лечен.

Объективные данные. На жевательной поверхности 75 глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта, зондирование точки вскрытия резко болезненно, реакция на термические раздражители (холод) болезненная, длительная. Перкуссия 75 безболезненна.

ГИ= 2,9, РМА=15%

	П							П	
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
C	C							П	П



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 150

Роман Е., 17лет.

Жалобы на эстетические дефекты в области фронтальных зубов.

Пятна появились в процессе ортодонтического лечения несъёмным аппаратом. Находился на ортодонтическом лечении с использованием брекет системы в течение 20 мес. При каждом посещении врач-ортодонт обращал внимание на неудовлетворительную гигиену полости рта. С пациентом проводились разъяснительные беседы, обучение гигиене полости рта, давались рекомендации. Требования врача пациентом не выполнялись. Было принято решение о досрочном прекращении лечения несъемным ортодонтическим аппаратом и окончании лечения с помощью съёмного функционального аппарата.

Объективные данные: на вестибулярной поверхности 11, 12, 13, 21, 22, 23, 43 в пришеечной области меловидные пятна. В центре пятен на 12, 13, 22, 23 – размягчение эмали. Зондирование участков размягчения безболезненно, реакция на термические раздражители безболезненна, перкуссия 11, 12, 13, 21, 22, 23, 43 безболезненна. Слизистая оболочка десен гиперемированна, отечна.

ГИ – 2,6 РМА – 70%

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



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №151

Алексей Р., 10 лет, на приёме у стоматолога.

Жалобы на разрушение резцов верхней челюсти.

Анамнез: со слов мамы первые признаки изменений на поверхности эмали в виде белых пятен появились 2 месяца назад, затем образовались полости. Такое быстрое разрушение зубов мама связывает с перенесённой ангиной, её осложнением-

				I	I				



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 153

Саша П., 8 лет

Поступила в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии.

Объективно: Ребенок гиподинамичен, вялый, на вопросы не отвечает.

Из анализа истории болезни выяснилось, что заболевание началось остро: поднялась температура до 37,5, появилось общее недомогание, чувство разбитости, головная боль. Принимала аспирин. Через сутки состояние резко ухудшилось, температура достигла 40, появилась сыпь на коже и в полости рта. Девочка была госпитализирована в отделение интенсивной терапии детской клинической больницы. **При поступлении:** на всей поверхности кожи красно-багровая папулезная сыпь и множественные пузыри, до 4 см в диаметре с серозными и серозно-геморрагическим экссудатом. На месте вскрывшихся пузырей болезненные кровоточащие эрозии. Симптом Никольского положительный. Поражены конъюнктивы глаз и слизистая оболочка гениталий. Открывание рта затруднено.

В полости рта: слюна обильная, вязкая с гнилостным запахом. На красной кайме и слизистой оболочке губ большие подэпителиальные пузыри с сероатой плотной крышкой. На месте вскрытия пузырей - эрозии, окруженные обрывками эпителия. Язык отечен, обложен. Периферические лимфатические узлы увеличены незначительно, малоблезненные, подвижные.

Клинический анализ крови:

Э – $3,8 \times 10^{12}$ /л Нв – 104 г/л.
 ЦП – 0,82 L – 19×10^9 /л
 СОЭ – 60 мм/ч
Лейкоцитарная формула
 Б -, Э – 5, Ю - 1, П/я – 3, С - 56,
 лимфоциты – 34, моноциты - 1

Общий анализ мочи:

Плотность – 1012
Цвет – соломенно-желтый
Реакция – кислая
Белок – 0,066 г/л
Лейкоциты – 2 - 3 в поле зрения
Эритроциты – 6 - 8 в поле зрения.
Эпителий – большое количество



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Девочка, 14 лет, направлена на консультацию к стоматологу.

Жалобы: на подвижность зубов, болезненность при приеме пищи, периодическое обострение гингивита. С двухлетнего возраста у ребенка отмечена цикличность процесса, периодически (через 24 дня) возникает повышение температуры до 38 – 39,5, увеличиваются шейные, подчелюстные лимфатические узлы. Обострение длится 5-7 дней, после чего температура падает. В возрасте 3-4 лет у ребенка была спонтанная ремиссия болезни в течение года. С возрастом заболевание стало доброкачественным, отсутствует температурная реакция, хотя цикличность течения остается.

При осмотре: видимой асимметрии лица не выявлено, кожа лица сухая, бледная. Тургор кожи не нарушен. Дыхание смешанное. Функция жевания нарушена. Вредных привычек нет. Уздечки губ и языка средние. Преддверие полости рта среднее. Слизистая оболочка полости рта розовая. Десна гиперемированная, цианотична, рыхлая. Имеются пародонтальные карманы в области всех зубов глубиной до 5 мм. Подвижность зубов III степени. Зубы покрыты мягким зубным налетом, ГИ=4,0 (по Грину-Вермиллиону), обильные отложения над- и поддесневого зубного камня. **Индекс РМА – 100%. КПУ=3.**

Клинический анализ крови в период кризиса:

НЬ – 103 г/л
 СОЭ – 53 мм/ч
 Э – $3,8 \times 10^{12}$ /л
 ЦП – 0,81
 L – $3,8 \times 10^9$ /л

Лейкоцитарная формула в период кризиса:

Б -, Э -, Ю - 0, П/я -, С - 13,
 лимфоциты – 58, моноциты -42

Клинический анализ крови в период ремиссии:

НЬ – 113 г/л
 Э – $4,18 \times 10^{12}$ /л
 ЦП – 0,81
 СОЭ – 17 мм/ч
 L – 8×10^9 /л

Лейкоцитарная формула:

Б -, Э – 3, Ю -, П/я – 5, С - 28,
 лимфоциты – 48, моноциты -16



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 156

Иван, 8 лет. Обратился для проведения санации полости рта.

Жалобы на ноющие боли в зубе 3.6.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка в области зуба 3.6 бледно-розового цвета. На жевательной поверхности зуба 3.6 глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином, полость зуба вскрыта, зондирование болезненно, реакция на холод длительная, перкуссия безболезненная, ЭОД = 20 мА.

с	п	п							с	п	с
б	V	IV	III	2	1	1	II	III	V	IV	б
с	с	с							с	с	с



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 157

Оля, 3 года. Обратились с мамой после проведения профилактического осмотра в

детском саду.

Анамнез: ранее беспокоили ноющие боли в зубе 7.4 зубе, за помощью не обращались.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка в области зуба 7.4 бледно-розового цвета, без изменений. На жевательной поверхности зуба 7.4 обнаружена глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование, реакция на температурные раздражители, перкуссия безболезненны.

с	с							с	
V	IV	III	II	I	I	II	III	V	IV
п	п							с	с



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 158

Андрей, 2 месяца.

Жалобы на отказ от пищи, беспокойное поведение.

Анамнез: родился недоношенным, вскармливается искусственно. Неделю назад начал отказываться от приема пищи, плакать во время кормления. Педиатр направил на консультацию к стоматологу.

Объективно: на границе твердого и мягкого неба на гиперемированной слизистой оболочке слева и справа розовая поверхность овальной формы 1,5x1,5 см, покрытая беловато-желтым фибринозным налетом.



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Определите тактику лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 159

Дима, 10 лет.

Жалобы: сухость и жжение слизистой оболочки полости рта.

Анамнез: две недели назад закончили лечение пневмонии антибиотиками. В процессе лечения появились сухость и жжение слизистой оболочки полости рта, затем образовался творожистый налет на языке. мать счищала налет, но он возникал вновь. В это же время на слизистой оболочке щек появился белый точечный налет, который легко снимался тампоном. К врачу не обращались, полоскали рот отваром ромашки.

Объективно: на гиперемизированной слизистой оболочке губ, щек и языка диффузно расположен творожистый налет серо-белого цвета, снимающийся тампоном с трудом. После снятия налета слизистая оболочка ярко-гиперемизована.

Вопросы:



1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 160

Ярослав, 6 лет. Обратились к стоматологу по направлению врача-педиатра.

Жалобы боли при приеме пищи, разговоре, связанные с появлением пузырей на слизистой оболочке полости рта, которые вскрываются, обнажая кровоточащие эрозии.

Анамнез: месяц назад перенес острый бронхит, сопровождавшийся двумя курсами антибактериальной терапии. На фоне приема антибиотиков резко повысилась температура до 38С, появились симптомы интоксикации, стали появляться пятна на руках, груди. На слизистой оболочке полости рта возникли пузыри, которые стали сливаться, вскрываться самостоятельно, обнажая кровоточащую слизистую оболочку.

Объективно: на красной кайме верхней и нижней губ определялись обширные эрозии, покрытые кровавыми корками. Открывание рта затруднено из-за резкой болезненности эрозий. На слизистой оболочке нижней губы и подъязычной области определяются обширные эрозии размером 3х5 см, расположенные на отечном, гиперемированном фоне, покрытые фибринозным налетом, резко болезненные при пальпации. Симптом Никольского отрицательный. При снятии налета эрозии кровоточат. При осмотре на коже туловища, рук и ног отмечаются различные по виду высыпания: чётко очерченные круглые красно-синюшные пятна; плоские отёчные папулы, плотные при прощупывании и склонные к слиянию, размер — от 2–3 мм до 3 см, по краям образовывается отёчный валик, а центр папул, постепенно западая, приобретает цианотичный (синюшный) оттенок.



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.