

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ И ЗАДАЧИ
К ЭКЗАМЕНУ ПО ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И МЕДИЦИНСКОЙ
ГЕНЕТИКЕ В СТОМАТОЛОГИИ
для студентов стоматологического факультета

Травма челюстно-лицевой области

1. Характерным видом травмы временных зубов является:

- 1) перелом корня
- 2) вывих зуба
- 3) ушиб зуба
- 4) отлом коронки
- 5) верно 1) и 4)

2. В выборе врачебной тактики при вколоченном вывихе временного центрального резца решающее значение имеет:

- 1) возраст ребенка
- 2) поведение ребенка
- 3) желание родителей
- 4) верно 1) и 2)
- 5) верно 2) и 3)

3. При вколоченном вывихе постоянного резца со сформированным корнем показано:

- 1) зуб удалить
- 2) трепанировать, депульпировать, запломбировать, реплантировать зуб
- 3) исключение нагрузки, наблюдение (рентгенограмма, ЭОД), по показаниям эндодонтическое лечение
- 4) репозиция, фиксация, наблюдение с рентгенологическим контролем и ЭОД
- 5) наблюдение

4. Устранение грубых рубцовых деформаций мягких тканей лица у детей показано:

- 1) через 1-2 мес. после заживления раны
- 2) через 7-8 мес. после заживления раны
- 3) по достижении 16-летнего возраста
- 4) по достижении 18-летнего возраста
- 5) в любом возрасте

5. В ближайшие часы после ранений языка, мягкого неба, тканей дна полости рта опасность для жизни ребенка представляет:

- 1) нарушение речи

- 2) нарушение приема пищи
- 3) асфиксия
- 4) столбняк
- 5) верно 1) и 2)

6. Наиболее достоверным признаком консолидации фрагментов нижней челюсти является:

- 1) исчезновение боли
- 2) образование костной мозоли
- 3) уменьшение подвижности фрагментов
- 4) исчезновение симптома Венсана
- 5) верно 1) и 4)

7. Сроки первичной хирургической обработки ран мягких тканей лица с наложением глухого шва:

- 1) 24 часа
- 2) до 36 часов
- 3) до 48 часов
- 4) до 72 часов
- 5) до 96 часов

8. В постоянном прикусе у детей среди всех видов травмы зубов преобладает:

- 1) вывих зуба полный
- 2) отлом коронки
- 3) ушиб зуба
- 4) вывих зуба неполный
- 5) верно 1) и 4)

9. Травма зачатка постоянного зуба преимущественно наблюдается при травме временного зуба в виде вывиха:

- 1) неполного
- 2) внедренного
- 3) полного
- 4) верно 1) и 3)
- 5) верно 2) и 3)

10. Поздним клиническим симптомом родовой травмы может быть:

- 1) короткая уздечка языка
- 2) рубец на коже лица
- 3) ринолалия
- 4) недоразвитие нижней челюсти
- 5) верно 1) и 3)

11. Шины, фиксирующие фрагменты челюсти при переломах, у детей рекомендуется снимать не ранее чем через:

- 1) одну неделю
- 2) две недели
- 3) три недели
- 4) четыре недели
- 5) шесть недель

12. Сроки первичной отсроченной хирургической обработки ран мягких тканей лица с наложением глухого шва:

- 1) 24 часа
- 2) до 36 часов
- 3) до 48 часов
- 4) до 72, часов
- 5) до 5 суток

13. Предрасполагающим фактором вывиха резцов верхней челюсти у детей является:

- 1) множественный кариес этих зубов и его осложнения
- 2) глубокий прогнатический прикус
- 3) мелкое преддверие рта
- 4) мезиальная окклюзия
- 5) верно 1) и 3)

14. При неполном вывихе временных резцов со сформированными корнями рекомендуется:

- 1) зубы трепанировать, запломбировать за верхушки корней
- 2) зубы трепанировать, запломбировать до верхушек корней
- 3) репозиция зубов, их фиксация, наблюдение
- 4) зубы удалить
- 5) верно 2) и 3)

15. При множественном вывихе временных зубов с переломом альвеолярного отростка рекомендуется использовать шину:

- 1) проволочную с зацепными петлями
- 2) пластмассовую назубную
- 3) пластмассовую зубонадесневую
- 4) гладкую шину-скобу
- 5) шину Вебера

16. Для детей в возрасте четырех-пяти лет наиболее характерен вид травмы:

- 1) перелом зуба на уровне коронки
- 2) перелом корня зуба
- 3) вывих зуба
- 4) перелом челюсти
- 5) вывих височно-нижнечелюстного сустава

17. Решающим признаком полного перелома нижней челюсти является:

- 1) неправильный прикус
- 2) костная крепитация
- 3) нарушение функции жевания
- 4) гематома, отек окружающих тканей
- 5) локальная боль, усиливающаяся при пальпации

18. При падении на подбородок отраженный перелом нижней челюсти следует ожидать в области:

- 1) углов нижней челюсти
- 2) ветвей нижней челюсти
- 3) мышечковых отростков
- 4) зубов 34,44
- 5) зубов 35,45

19. Вывих зуба у детей преобладает в прикусе:

- 1) постоянном
- 2) временном
- 3) ортогнатическом
- 4) прогеническом
- 5) верно 3) и 4)

20. При ушибе зуба на рентгенограмме периодонтальная щель:

- 1) расширена
- 2) сужена
- 3) не изменена
- 4) отсутствует
- 5) неравномерно расширена

21. При полном вывихе центрального постоянного резца у ребенка 10 лет рекомендуется:

- 1) устранение дефекта имплантом
- 2) устранение дефекта съемным протезом
- 3) реплантация зуба без предварительного его пломбирования
- 4) реплантация зуба с предварительной его трепанацией, депульпированием и пломбированием
- 5) верно 1) и 2)

22. В сменном прикусе при лечении вывихов зубов рекомендуется использовать шину пластмассовую:

- 1) зубнадесневую
- 2) назубную
- 3) Вебера
- 4) Ванкевич

- 5) комбинированную с зацепными петлями

23. Наиболее частая локализация переломов нижней челюсти по типу «зеленой ветки»:

- 1) угол
- 2) мышцелковый отросток
- 3) подбородочный отдел
- 4) средняя треть тела
- 5) верно 3) и 4)

24. При ударе в область тела нижней челюсти слева отраженный перелом локализуется в области:

- 1) правого мышцелкового отростка
- 2) левого мышцелкового отростка
- 3) подбородка
- 4) передней трети тела нижней челюсти слева
- 5) угла челюсти слева

25. Временный центральный резец верхней челюсти у ребенка шести лет при переломе на уровне шейки зуба рекомендуется:

- 1) удалить
- 2) сохранить, проведя эндодонтическое лечение
- 3) оставить под наблюдением
- 4) сохранить, используя культевую штифтовую вкладку
- 5) сохранить, используя биологический метод лечения

26. Пластмассовую зубнадесневую шину рекомендуется использовать при лечении детей с временным и сменным прикусом при:

- 1) переломе альвеолярного отростка
- 2) вывихе зуба
- 3) множественном переломе зубов на уровне их шеек
- 4) множественном переломе зубов на уровне коронок
- 5) верно 3) и 4)

27. На характер смещения отломков при переломах нижней челюсти у детей основное влияние оказывает:

- 1) направление тяги мышц, прикрепляемых к фрагментам челюсти
- 2) вес отломков, обусловленный их размером
- 3) возраст ребенка
- 4) пол ребенка
- 5) верно 3) и 4)

28. Поднадкостничные переломы преобладают у детей в возрасте:

- 1) 14-15 лет
- 2) 6-7 лет

- 3) 10-11 лет
- 4) 12-13 лет
- 5) верно 1) и 4)

29. Наиболее информативным методом диагностики переломов челюстей является:

- 1) реография
- 2) электромиография
- 3) рентгенография
- 4) ЭОД
- 5) пальпация

30. Диспансерное наблюдение ребенка с переломом мыщелкового отростка нижней челюсти продолжается до:

- 1) выявления рентгенологических признаков костной мозоли в области перелома
- 2) формирования постоянного прикуса
- 3) истечения 1-2 лет после травмы
- 4) 16-18-летнего возраста
- 5) верно 1) и 2)

Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области

1. Наиболее частыми источниками инфекции при остром одонтогенном периостите челюстных костей у детей 7-8 лет являются зубы:

- 1) 12,11,21,22
- 2) 42,41,31,32
- 3) 16,55,54,64,65,26
- 4) 46,85,84,74,75,36
- 5) 13,23,43,53

2. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

- 1) стрептококком в сочетании со стафилококком
- 2) палочкой Коха
- 3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
- 4) стрептококком
- 5) верно 3) и 4)

3. Неотложная помощь ребенку с острым гнойным периоститом заключается в:

- 1) срочной госпитализации
- 2) иммунотерапии
- 3) хирургической помощи

- 4) противовоспалительной терапии
- 5) верно 2) и 4)

4. Удаление временного причинного зуба при цистотомии по поводу ненагноившейся кисты проводится:

- 1) за 2-3 дня до операции
- 2) одновременно с основной операцией
- 3) через 2-3 дня после операции
- 4) через 2 недели после операции
- 5) через 4 недели после операций

5. Наиболее частой причиной воспалительных корневых кист челюстей у детей является хронический периодонтит:

- 1) временных резцов
- 2) временных клыков
- 3) временных моляров нижней челюсти
- 4) временных моляров верхней челюсти
- 5) верно 1) и 2)

6. Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 6-7 лет являются зубы:

- 1) 42, 41, 31, 32
- 2) 12, 11, 21, 22
- 3) 55, 54, 64, 65
- 4) 85, 84, 74, 75
- 5) 16, 26, 36, 46

7. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:

- 1) антибактериальной терапии
- 2) хирургической помощи в полном объеме
- 3) десенсибилизирующей терапии
- 4) противовоспалительной терапии
- 5) верно 1) и 4)

8. Наиболее частой причиной воспалительных корневых кист челюстей у детей является хронический периодонтит:

- 1) временных резцов
- 2) временных клыков
- 3) временных моляров
- 4) премоляров
- 5) постоянных моляров

9. При воспалительных корневых кистах от временных зубов на нижней челюсти преимущественно проводится операция:

- 1) цистэктомия
- 2) цистотомия
- 3) цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба
- 4) периостотомия
- 5) верно 1) и 4)

10. Наиболее частым методом лечения корневых воспалительных кист от постоянных резцов у детей является:

- 1) цистотомия
- 2) цистэктомия с радикальной гайморотомией
- 3) цистэктомия с резекцией верхушки корня
- 4) периостотомия
- 5) верно 1) и 4)

11. Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 10-14 лет являются зубы:

- 1) 15,14,24,25
- 2) 45,44, 34, 35
- 3) 16, 26
- 4) 46,36
- 5) 13,23, 33,43

12. Воспалительная корневая киста нижней челюсти на рентгенограмме представляет очаг:

- 1) просветления с четкими границами
- 2) затемнения с четкими границами
- 3) просветления с нечеткими границами
- 4) затемнения с нечеткими границами
- 5) деструкции кости с нечеткими границами

13. При воспалительных корневых кистах от временных зубов на нижней челюсти преимущественно проводится операция:

- 1) цистэктомия
- 2) цистотомия с сохранением зачатка постоянного зуба
- 3) цистотомия с удалением зачатка постоянного зуба
- 4) цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба
- 5) периостотомия

14. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:

- 1) зубы 16, 55, 54,64,65,26
- 2) зубы 46, 85, 84,74, 75,36
- 3) ОРВИ
- 4) ЛОР-органы
- 5) детские инфекционные заболевания

15. При остром остеомиелите причинный постоянный многокорневой зуб у детей удаляется:

- 1) по показаниям 4-
- 2) всегда
- 3) никогда
- 4) по настоянию родителей
- 5) верно 1) и 4)

16. Цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба проводится при корневых воспалительных кистах от:

- 1) временных резцов с несформированным корнем
- 2) временных резцов со сформированным корнем
- 3) временных моляров
- 4) постоянных резцов
- 5) временных клыков

17. Одоитогенная инфекция как причина острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает у детей в возрасте:

- 1) 1-2 года
- 2) 2-3 года
- 3) 3-4 года
- 4) 6-8 лет
- 5) верно 2) и 3)

18. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогениым остеомиелитом заключается в:

- 1) хирургической помощи
- 2) антибактериальной терапии
- 3) противовоспалительной терапии
- 4) дезинтоксикационной терапии
- 5) гипосенсибилизирующей терапии

19. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:

- 1) зубы 16,55,54,64,65,26
- 2) зубы 46,85,84,74,75,36
- 3) ОРВИ и детские инфекционные заболевания
- 4) ЛОР-органы
- 5) верно 3) и 4)

20. Воспалительная корневая киста, оттесняющая дно верхнечелюстной пазухи, на рентгенограмме представляет очаг:

- 1) просветления с четким контуром
- 2) затемнения с четким контуром

- 3) просветления с нечетким контуром
- 4) затемнения с нечетким контуром
- 5) диффузной резорбции кости

21. Зачаток постоянного зуба, расположенный в полости кисты, при дистотомии:

- 1) всегда удаляется
- 2) всегда сохраняется
- 3) очень редко (при наличии показаний) удаляется
- 4) никогда не удаляется
- 5) удаляется по настоянию родителей

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава

1. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

- 1) привычный вывих
- 2) остеоартрит
- 3) деформирующий юношеский артроз
- 4) болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава
- 5) верно 1) и 3)

2. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон ребенку пяти лет показана:

- 1) остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
- 2) остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
- 3) механотерапия
- 4) пращевидная повязка
- 5) физиотерапия

3. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава свойственны детям телосложения:

- 1) нормостенического
- 2) гиперстенического
- 3) астенического
- 4) верно 1) и 2)
- 5) верно 2) и 3)

4. Родовая травма является наиболее частой причиной:

- 1) острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
- 2) вторичного деформирующего остеоартроза
- 3) хронического артрита
- 4) вывиха височно-нижнечелюстного сустава
- 5) аплазии мышечного отростка

5. Суставная щель на рентгенограмме при хроническом артрите височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) расширена равномерно
- 2) расширена неравномерно
- 3) сужена равномерно
- 4) сужена неравномерно
- 5) не изменена

6. Широкая суставная щель, вплоть до полного отсутствия сочленения поверхностей сустава, гипо- или аплазия мыщелкового отростка являются рентгенологическими признаками:

- 1) острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
- 2) врожденной патологии сустава
- 3) привычного вывиха
- 4) вторичного деформирующего остеоартроза
- 5) костного анкилоза

7. Причиной асимметрии лица при вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны является:

- 1) парез лицевого нерва
- 2) межмышечная гематома
- 3) недоразвитие половины нижней челюсти
- 4) чрезмерно развитая половина нижней челюсти
- 5) гемигипертрофия жевательной мышцы

8. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны ребенку пяти лет показана:

- 1) остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
- 2) остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
- 3) пращевидная повязка
- 4) механотерапия
- 5) физиотерапия

9. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

- 1) болевой синдром дисфункции
- 2) привычный вывих
- 3) врожденная патология сустава
- 4) острый артрит
- 5) деформирующий юношеский артроз

10. Угол рта опущен на стороне, противоположной больному суставу, при:

- 1) острым артритом височно-нижнечелюстного сустава

- 2) вторичном деформирующем остеоартрозе
- 3) хроническом артрите
- 4) привычном вывихе сустава
- 5) верно 1) и 2)

11. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава чаще встречаются в возрастной группе детей:

- 1) 1-2 лет
- 2) 3-4 лет
- 3) 5-6 лет
- 4) 7-9 лет
- 5) 10-15 лет

12. Однократная перегрузка височно-нижнечелюстного сустава является этиологическим фактором для:

- 1) острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
- 2) хронического артрита
- 3) неоартроза
- 4) вторичного деформирующего остеоартроза
- 5) костного анкилоза

13. Диспропорция роста опорно-двигательного аппарата характерна для детей с:

- 1) привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава
- 2) вторичным деформирующим остеоартрозом
- 3) аплазией суставной головки
- 4) анкилозом височно-нижнечелюстного сустава
- 5) неоартрозом

14. Укорочение мышечного отростка, деформация суставной головки нижней челюсти, уплощение суставного бугорка и суставной ямки височной кости, неравномерное сужение суставной щели являются рентгенологическими признаками:

- 1) вторичного деформирующего остеоартроза
- 2) острого артрита
- 3) хронического артрита
- 4) неоартроза
- 5) привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава

15. В комплексе лечения функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава применяется:

- 1) пращевидная повязка
- 2) механотерапия
- 3) артропластика
- 4) остеотомия ветви нижней челюсти

- 5) верно 3) и 4)

16. Остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением при вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны показана детям в возрасте:

- 1) 4-5 лет
- 2) 9-10 лет
- 3) 11-13 лет
- 4) 14-15 лет
- 5) верно 3) и 4)

17. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

- 1) острый артрит
- 2) неоартроз
- 3) привычный вывих
- 4) деформирующий юношеский артроз
- 5) верно 1) и 3)

18. Основным методом лечения детей с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава является:

- 1) физиотерапия в сочетании с лечебной физкультурой
- 2) ограничение функции сустава в сочетании с противовоспалительной терапией и физиолечением
- 3) хирургическое лечение в сочетании с ортодонтическим
- 4) шинирование в сочетании с физиотерапией
- 5) верно 2) и 4)

19. Ребенку 14 лет с вторичным деформирующим остеоартрозом височнонижнечелюстного сустава с одной стороны показана:

- 1) остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
- 2) остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
- 3) механотерапия
- 4) миогимнастика
- 5) физиотерапия

20. Смещение нижней челюсти вправо при открывании рта является клиническим признаком:

- 1) привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава справа
- 2) привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава слева
- 3) костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава слева
- 4) костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава справа
- 5) верно 3) и 4)

21. Выход головки мышечного отростка нижней челюсти из суставной ямки височной кости за пределы суставного бугорка при максимально опущенной нижней челюсти является рентгенологическим признаком:

- 1) острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
- 2) привычного вывиха
- 3) вторичного деформирующего остеоартроза
- 4) костного анкилоза
- 5) верно 3) и 4)

22. Лимитом «хруста» в момент открывания рта имеет место при:

- 1) вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава
- 2) привычном вывихе суставной головки
- 3) хроническом артрите
- 4) анкилозе височно-нижнечелюстного сустава
- 5) остром артрите

23. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

- 1) привычный вывих
- 2) остеоартрит
- 3) деформирующий юношеский артроз
- 4) болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава
- 5) острый артрит

24. Смещение средней линии подбородка вправо наблюдается у детей при:

- 1) вторичном деформирующем остеоартрозе правого височно-нижнечелюстного сустава
- 2) вторичном деформирующем остеоартрозе левого височно-нижнечелюстного сустава
- 3) костном анкилозе правого височно-нижнечелюстного сустава
- 4) костном анкилозе левого височно-нижнечелюстного сустава
- 5) верно 1) и 3)

25. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны ребенку пяти лет показана:

- 1) остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
- 2) остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой аутокостью
- 3) остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой го-мртрансплантатом
- 4) артропластика

- 5) механотерапия

26. Ребенку 14 лет с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон показана:

- 1) остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
- 2) остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
- 3) артропластика
- 4) механотерапия
- 5) физиотерапия

27. Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава наблюдается чаще у:

- 1) мальчиков 5-7 лет
- 2) девочек 11-13 лет
- 3) мальчиков 8-9 лет
- 4) девочек 8-9 лет
- 5) верно 1) и 4)

28. Чрезмерная подвижность суставной головки нижней челюсти характерна для:

- 1) деформирующего юношеского артроза
- 2) привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава
- 3) острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
- 4) хронического артрита
- 5) костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

29. Симптом «щелчка» при открывании рта характерен для:

- 1) вторичного деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава;
- 2) привычного вывиха суставной головки
- 3) хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава
- 4) острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
- 5) анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

30. Болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава является клиническим признаком:

- 1) вторичного деформирующего остеоартроза
- 2) костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава
- 3) хронического артрита на фоне привычного вывиха
- 4) врожденной аплазии мышечного отростка
- 5) верно 1) и 2)

31. Отсутствие суставной щели, наличие сплошного костного конгломерата _
на месте суставной головки нижней челюсти и суставной ямки височной

кости являются рентгенологическими признаками:

- 1) вторичного деформирующего остеоартроза
- 2) костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава
- 3) хронического артрита
- 4) привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава
- 5) неоартроза

32. Симптом «щелчка», девиация челюсти при открывании рта в сторону, противоположную пораженному суставу, являются характерными клиническими признаками:

- 1) привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава
- 2) острого артрита
- 3) хронического артрита
- 4) вторичного деформирующего остеоартроза
- 5) костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

33. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

- 1) неоартроз
- 2) деформирующий юношеский артроз
- 3) остеоартрит
- 4) аплазия мышечкового отростка нижней челюсти
- 5) анкилоз

34. Привычный вывих височно-нижнечелюстного сустава в юношеском возрасте проявляется смещением суставной головки:

- 1) наружу
- 2) назад
- 3) вперед
- 4) внутрь
- 5) верно 1) и 2)

35. Девиация челюсти у ребенка при закрывании рта может быть клиническим признаком:

- 1) привычного вывиха сустава
- 2) вторичного деформирующего остеоартроза
- 3) острого артрита
- 4) хронического артрита
- 5) костного анкилоза сустава

36. Укрепление тонуса мышечно-связочного аппарата является основной целью при лечении:

- 1) вторичного деформирующего остеоартроза
- 2) дисфункциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава
- 3) анкилоза

- 4) неоартроза
- 5) верно 1) и 3)

37. Ограничение функции височно-нижнечелюстного сустава, противовоспалительная терапия с физиолечением показаны детям с:

- 1) анкилозом височно-нижнечелюстного сустава
- 2) болевым синдромом дисфункции сустава
- 3) вторичным деформирующим остеоартрозом
- 4) врожденной патологией сустава
- 5) верно 1), 3) и 4)

38. Основным методом лечения детей с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава является:

- 1) физиотерапевтическое в сочетании с лечебной физкультурой
- 2) ограничение функции сустава в сочетании с противовоспалительной терапией и физиолечением
- 3) хирургическое в сочетании с ортодонтическим
- 4) шинирование в сочетании с физиотерапией
- 5) механотерапия

39. УВЧ- или СВЧ-терапия при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава у детей применяются в целях:

- 1) профилактики образования соединительной ткани и венозного застоя
- 2) стимуляции иммунобиологических процессов в организме
- 3) противовоспалительных, стимуляции обмена веществ и функции сустава
- 4) снижения эмоциональной возбудимости и болеутоления
- 5) стимуляции репаративных процессов и образования соединительной ткани

40. При остром артрите височно-нижнечелюстного сустава и обострении хронического артрита в подростковом возрасте назначают:

- 1) УВЧ-терапию, микроволновую терапию
- 2) электрофорез 6% КJ, электрофорез 10% хлористого кальция
- 3) магнитотерапию, парафинотерапию
- 4) ультразвуковую терапию, электрофорез кальция
- 5) ультратонтерапию, ИК-излучение

41. Параметры СВЧ-терапии при лечении острого артрита височно-нижнечелюстного сустава у детей 5-15-летнего возраста:

- 1) тепловая доза, мощность 8-10 Вт
- 2) тепловая доза» мощность 16-18 Вт
- 3) тепловая доза, мощность 18—20 Вт
- 4) нетепловая доза, мощность 1-2 Вт
- 5) слаботепловая доза, мощность 3-5 Вт

42. При хроническом артрите височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков на фоне привычного вывиха назначают:

- 1) электрофорез хлористого кальция, магнитное поле УВЧ
- 2) УВЧ-терапию, ИК-излучение
- 3) ДМВ-терапию, гипотермию
- 4) УВЧ-терапию, дарсонвализацию
- 5) УФ-облучение, красный лазер

43. При деформирующем артрозе височно-нижнечелюстного сустава в подростковом возрасте назначают:

- 1) ультратонтерапию, электрофорез глюконата кальция "
- 2) ультразвуковую терапию, микроволновую терапию, электрофорез лидазы
- 3) УВЧ-терапию
- 4) аэроионотерапию и аэрозоль-терапию
- 5) гипотермию

44. При пубертатной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (привычный подвывих) для снятия явлений воспаления и боли, стимуляции функции сустава назначают:

- 1) микроволновую терапию, электрофорез препаратов кальция, магнитотерапию
- 2) УВЧ-терапию, электрофорез лидазы, ИК-лучи
- 3) микроволновую терапию, гипотермию, ультратонтерапию
- 4) парафинотерапию, аэрозоль-терапию, ИК-лучи
- 5) флюктуоризацию, гипотермию, УВЧ-терапию

45. Противопоказанием для микроволновой терапии височно-нижнечелюстного сустава у детей является:

- 1) наличие инородного тела
- 2) артроз ВНЧС
- 3) выраженный отек, заболевания глаз
- 4) болевой синдром
- 5) острый артрит
- 6) хронический артрит

46. Для снятия боли при болевом синдроме дисфункции височно-нижнечелюстного сустава детям и подросткам назначают:

- 1) флюктуоризацию
- 2) амплипульстерапию
- 3) магнитотерапию
- 4) электрофорез анестетиков
- 5) верно 1)-4)

47. При лечении артроза и хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков ультразвуковая терапия применяется в

комплексе с:

- 1) виброакустическими колебаниями
- 2) гипотермией
- 3) парафинотерапией
- 4) УВЧ-терапией
- 5) микроволновой терапией

48. Параметры дозирования УВЧ-терапии при лечении заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у детей 1-5-летнего возраста:

- 1) 5 минут, мощность 15—20 Вт
- 2) 10 минут, мощность 15-20 Вт
- 3) 5 минут, мощность 30 Вт
- 4) 10 минут, мощность 30 Вт
- 5) 10 минут, мощность 40 Вт

Опухоли и опухолеподобные образования тканей челюстно-лицевой области

1. При диагностике новообразований у детей ведущим методом является:

- 1) рентгенологический
- 2) макроскопия послеоперационного материала
- 3) цитологический
- 4) морфологический
- 5) клинический

2. Ведущим методом лечения новообразований у детей является:

- 1) лучевая терапия
- 2) химиотерапия
- 3) хирургический
- 4) комбинированный
- 5) гормонотерапия

3. Наличие на слизистой пузырьковых высыпаний с серозным или кровянистым содержимым является патогномоничным признаком:

- 1) лимфангиомы
- 2) гемангиомы
- 3) ретенционной кисты
- 4) папилломы
- 5) фибромы

4. Лечение ретенционной кисты малой слюнной железы рекомендуется методом:

- 1) хирургическим
- 2) лучевой терапии
- 3) склерозирования

- 4) комбинированным
- 5) гормонотерапии

5. Клиническими признаками, сходными с обострением хронического остеомиелита, характеризуется:

- 1) саркома Юинга
- 2) остеогенная саркома
- 3) фиброзная дисплазия
- 4) херувизм
- 5) синдром Олбрайта

6. Способностью к спонтанной регрессии у детей обладает:

- 1) остеогенная саркома
- 2) остеома
- 3) капиллярная гемангиома
- 4) фиброма
- 5) ангиодисплазия

7. Истиной доброкачественной опухолью является:

- 1) эозинофильная гранулема
- 2) остеома
- 3) херувизм
- 4) фолликулярная киста
- 5) синдром Олбрайта

8. Склерозирующая терапия показана при лечении:

- 1) ретенционной кисты
- 2) гемангиомы
- 3) папилломатоза
- 4) фиброматоза
- 5) верно 3) и 4)

9. Капиллярные и ограниченные капиллярно-кавернозные гемангиомы у детей рекомендуется лечить методом:

- 1) хирургическим
- 2) химиотерапии
- 3) криодеструкции
- 4) рентгенологическим
- 5) комбинированным

10. Неодонтогенную этиологию имеет:

- 1) цементома
- 2) мукоэпидермоидная опухоль
- 3) одонтома мягкая
- 4) одонтома твердая

- 5) фолликулярная киста

11. Заключительный диагноз при подозрении на опухоль ставится на основании:

- 1) морфологического исследования послеоперационного материала
- 2) пункционной биопсии
- 3) макроскопии послеоперационного материала
- 4) эхографии
- 5) компьютерной томографии

12. Истинной доброкачественной опухолью является:

- 1) глобуломаксиллярная киста
- 2) синдром Олбрайта
- 3) оссифицирующая фиброма
- 4) травматическая костная киста
- 5) одонтогенная киста

13. Наличие в полости кисты продуктов сальных и потовых желез характерно для кисты:

- 1) срединной шеи
- 2) воспалительной корневой
- 3) прорезывания
- 4) дермоидной
- 5) эпидермоидной

14. Электрокоагуляция как самостоятельный метод лечения рекомендуется при лечении:

- 1) кавернозной гемангиомы
- 2) солитарной телеангиоэктазии
- 3) пигментного невуса
- 4) лимфангиомы
- 5) волосатого невуса

15. Нарушение процесса зубообразования - частичная первичная адентия, характерно для:

- 1) херувизма
- 2) фибромы,
- 3) саркомы Юинга
- 4) остеомы
- 5) ретикулярной саркомы

16. Особенностью большинства новообразований у детей является их:

- 1) медленный рост
- 2) дизонтогенетическое происхождение
- 3) высокая чувствительность к R-терапии

- 4) высокая чувствительность к химиотерапии
- 5) верно 3) и 4)

17. Истинной доброкачественной опухолью является:

- 1) эозинофильная гранулема
- 2) гигантоклеточный эпulis
- 3) травматическая костная киста
- 4) фиброзная дисплазия
- 5) ангиодисплазия

18. Нестабильность размеров, склонность к воспалению характерны для:

- 1) гемангиомы
- 2) лимфангиомы
- 3) фибромы
- 4) остеомы
- 5) папилломатоза

19. Тестоватая консистенция характерна для:

- 1) гемангиомы
- 2) околочелюстной флегмоны
- 3) лимфангиомы
- 4) фибромы
- 5) ангиодисплазии

20. При диагностике новообразований у детей ведущим методом является:

- 1) рентгенологический
- 2) макроскопия послеоперационного материала
- 3) цитологический
- 4) морфологический
- 5) ангиография

21. Истинной доброкачественной опухолью является:

- 1) фиброзная дисплазия
- 2) экзостоз
- 3) околокорневая воспалительная киста
- 4) остеокластома
- 5) травматическая костная киста

22. Методом лечения врожденной боковой кисты шеи является:

- 1) хирургический
- 2) хирургический с последующей лучевой терапией
- 3) криодеструкция
- 4) лучевая терапия
- 5) верно 1) и 3)

23. Истинной доброкачественной опухолью является:

- 1) херувизм
- 2) экзостоз
- 3) околокорневая воспалительная киста
- 4) остеома
- 5) травматическая костная киста

24. К одонтогенным опухолям относится:

- 1) миксома челюсти
- 2) эозинофильная гранулема
- 3) амелобластома
- 4) саркома Юинга
- 5) хондрома

25. Нестабильность размеров характерна для:

- 1) папилломы
- 2) фибромы
- 3) ретенционной кисты слюнной железы
- 4) остеомы
- 5) нейрофиброматоза

26. Макродентин, увеличенная ушная раковина, пигментные пятна на коже туловища характерны для:

- 1) гемангиомы .
- 2) нейрофиброматоза
- 3) лимфангиомы
- 4) херувизма
- 5) верно 1)и3)

27. Очаговая гиперпигментация кожи, раннее половое созревание, поражение костей лица являются характерными признаками:

- 1) эозинофильной гранулемы
- 2) саркомы Юинга
- 3) синдрома Олбрайта
- 4) нейрофиброматоза
- 5) ретикулярной саркомы

28. Истинной доброкачественной опухолью является:

- 1) эозинофильная гранулема
- 2) хондрома
- 3) херувизм
- 4) фолликулярная киста
- 5) аневризмальная киста

29. Проявление синдрома Гарднера в челюстно-лицевой области:

- 1) врожденные свищи на нижней губе
- 2) врожденная расщелина неба
- 3) лопухость
- 4) деформация ушных раковин, предушные свищи
- 5) множественные остеомы челюстных и лицевых костей

30. Истинной неodontогенной опухолью является:

- 1) фиброзная дисплазия
- 2) эозинофильная гранулема
- 3) гигантоклеточная опухоль
- 4) амелобластома
- 5) амелобластическая фиброма

31. Тактика врача в отношении кисты прорезывания:

- + 1) выжидательная (наблюдение)
- 2) проведение цистотомии с сохранением зуба
- 3) проведение цистэктомии с удалением зуба
- 4) проведение пункции кисты с последующим цитологическим исследованием
- 5) верно 4) и 2)

32. Одонтогенной опухолью является:

- 1) эозинофильная гранулема
- 2) остеома
- 3) гигантоклеточная опухоль
- 4) амелобластома
- 5) десмопластическая фиброма

33. К гистиоцитозу X относится:

- 1) нейрофиброматоз
- 2) эозинофильная гранулема
- 3) амелобластома
- 4) меланотическая нейроэктодермальная опухоль младенцев
- 5) миксома челюстных костей

Детская хирургическая стоматология.

1. В комплекс лечения воспалительных заболеваний мягких тканей ЧЛЮ у детей входит:

- 1) рентгенотерапия
- 2) электрокоагуляция
- 3) физиолечение
- 4) десенсибилизирующая терапия
- 5) дезинтоксикационная терапия

2. Неотложная помощь ребенку с острым гнойным одонтогенным периоститом заключается:

- 1) в хирургической помощи
- 2) в антибактериальной терапии
- 3) в противовоспалительной терапии
- 4) в инфузионной терапии
- 5) в местном обезболивании

3. Кюретаж лунки при удалении временного зуба проводится

- 1) не проводится
- 2) всегда
- 3) при удалении однокорневого зуба
- 4) при удалении многокорневого зуба
- 5) при эффективном обезболивании

4. Для детей в возрасте четырёх - пяти лет наиболее характерен вид травмы

- 1) вывих зуба
- 2) перелом зуба на уровне коронки
- 3) перелом корня зуба
- 4) перелом челюсти
- 5) вывих височно-нижнечелюстного сустава

5. При воспалении лимфангиомы челюстно-лицевой области методом лечения является

- 1) курс антибактериальной, противовоспалительной, десенсебилизирующей терапии
- 2) склерозирующая терапия
- 3) хирургическое – вскрытие инфильтрата
- 4) хирургическое – частичное или полное удаление образования
- 5) лучевая терапия

6. Недоразвитие половины нижней челюсти не может быть симптомом

- 1) родовой травмы мышечного отростка нижней челюсти
- 2) синдрома Гольденхара
- 3) гемифациальной микросомии
- 4) синдрома Ван-дер-Вуда
- 5) плагиоцефалии

7. К проводниковым методам обезбоживания на верхней челюсти относится анестезия:

- 1) торусальная
- 2) мандибулярная
- 3) туберальная
- 4) у ментального отверстия 5) верно 1) и 4)

8. Для одновременного выключения нижнелуночкового и язычного нервов применяется анестезия:

- 1) у ментального отверстия
- 2) мандибулярная
- 3) у большого небного отверстия
- 4) туберальная
- 5) у резцового отверстия

9. Для одновременного выключения нижнелуночкового, щечного и язычного нервов применяется анестезия:

- 1) у большого небного отверстия
- 2) мандибулярная
- 3) туберальная 1
- 4) торусальная
- 5) у резцового отверстия

10. К проводниковому методу обезболивания на нижней челюсти относится анестезия:

- 1) инфраорбитальная
- 2) торусальная
- 3) туберальная
- 4) у резцового отверстия
- 5) у большого небного отверстия

11. При мандибулярной анестезии выключаются нервы:

- 1) щечный
- 2) щечный и нижний луночковый
- 3) нижний луночковый и язычный
- 4) язычный и щечный
- 5) щечный, язычный и нижний луночковый

12. При торусальной анестезии выключаются нервы: ,

- 1) язычный
- 2) язычный и щечный
- 3) щечный и нижний луночковый
- 4) нижний луночковый и язычный
- 5) язычный, нижний луночковый и щечный

13. К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

- 1) торусальная
- 2) мандибулярная
- 3) у большого небного отверстия
- 4) у ментального отверстия

- 5) верно 1) и 4)

14. К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

- 1) мандибулярная
- 2) туберальная
- 3) ментальная
- 4) торусальная
- 5) верно 2) и 4)

15. Основным методом местного обезболивания при удалении временных зубов верхней челюсти является анестезия:

- 1) туберальная
- 2) инфраорбитальная
- 3) инфильтрационная
- 4) внутрикостная
- 5) верно 1) и 3)

16. Адреналин в раствор анестетика не рекомендуется добавлять при проведении анестезии детям до:

- 1) трех лет
- 2) пяти лет
- 3) семи лет
- 4) восьми лет
- 5) десяти лет

17. Операцию на уздечке языка проводят под местной анестезией:

- 1) мандибулярной
- 2) торусальной
- 3) инфильтрационной
- 4) верно 1) и 3)
- 5) верно 2) и 3)

18. При добавлении адреналина к анестетику анестезия действует:

- 1) быстрее и сильнее
- 2) сильнее и медленнее
- 3) медленнее и слабее
- 4) слабее и быстрее
- 5) быстрее

19. В условиях поликлиники показанием к проведению операции под наркозом является:

- 1) спазмофилия
- 2) декомпенсированный порок сердца
- 3) ОРВИ

- 4) верно 1) и 2)
- 5) верно 1) и 3)

20. Противопоказанием к проведению операции в поликлинике под наркозом является:

- 1) заболевание ЦНС
- 2) острая респираторно-вирусная инфекция
- 3) болезнь Дауна
- 4) спазмофилия
- 5) верно 3) и 4)

21. Потеря сознания, редкий, слабого наполнения пульс, бледность кожных покровов характерны для:

- 1) обморока
- 2) анафилактического шока
- 3) сердечно-сосудистого коллапса
- 4) аллергической реакции
- 5) верно 1) и 3)

22. Частый нитевидный пульс, озноб, липкий пот, бледность кожных покровов, поверхностное дыхание характерны для:

- 1) сердечно-сосудистого коллапса
- 2) обморока
- 3) аллергической реакции
- 4) верно 1) и 2)
- 5) верно 2) и 3)

23. Гиперемия кожных покровов, кожный зуд, тошнота, беспокойство характерны для:

- 1) сердечно-сосудистого коллапса
- 2) обморока
- 3) аллергической реакции
- 4) верно 1) и 2)
- 5) верно 1) и 3)

24. Медицинский термин, обозначающий учащенное дыхание:

- 1) апноэ
- 2) брадипноэ
- 3) гиперпноэ
- 4) тахипноэ
- 5) диспноэ

25. Подъязычный нерв иннервирует:

- 1) все поверхности языка
- 2) боковые поверхности языка

- 3) переднюю 1/3 языка
- 4) среднюю 1/3 языка
- 5) заднюю 1/3 языка

26. Мимическая мускулатура иннервируется:

- 1) тройничным и лицевым нервами
- 2) ушно-височным нервом
- 3) тройничным нервом
- 4) лицевым нервом
- 5) верно 1) и 2)

27. Местные анестетики амидной группы:

- 1) новокаин, дикаин
- 2) новокаин, тримекаин
- 3) ультракаин, дикаин
- + 4) тримекаин, лидокаин
- 5) верно 1), 2) и 3)

28. Ненаркотические анальгетики:

- 1) анальгин, кодеин
- 2) кодеин, амидопирин
- 3) амидопирин, кодеин
- 4) фенацетин, кодеин
- 5) анальгин, амидопирин, фенацетин

29. Действие врача при осложнении местной анестезии в виде диплопии:

- 1) выполнение разреза в месте инъекции
- 2) введение физиологического раствора в место инъекции
- 3) выжидательная тактика
- 4) госпитализация ребенка
- 5) направление к окулисту

30. Диплопия является осложнением анестезии:

- 1) у ментального отверстия
- 2) у резцового отверстия
- 3) у большого небного отверстия
- 4) инфраорбитальной
- 5) туберальной

31. Для удаления зубов верхней челюсти предназначены щипцы:

- 1) клювовидные сходящиеся
- 2) байонетные
- 3) клювовидные несходящиеся
- 4) клювовидные, изогнутые по плоскости

- 5) верно 1) и 3)

32. Для удаления зубов нижней челюсти предназначены щипцы:

- 1) клювовидные
- 2) байонетные
- 3) S-образно изогнутые
- 4) прямые
- 5) верно 2) и 4)

33. Клювовидные щипцы, щечки которых заканчиваются шипиками, предназначены для удаления:

- 1) резцов
- 2) клыков
- 3) малых коренных зубов
- 4) больших коренных зубов
- 5) верно 1) и 2)

34. S-образно изогнутые щипцы, щечка которых заканчивается шипиком, предназначены для удаления:

- 1) резцов
- 2) клыков
- 3) малых коренных зубов
- 4) больших коренных зубов
- 5) верно 1) и 2)

35. Для удаления зубов верхней челюсти предназначены щипцы:

- 1) клювовидные, изогнутые по плоскости
- 2) байонетные
- 3) клювовидные, изогнутые по ребру
- 4) S-образно изогнутые со сходящимися щечками
- 5) верно 1) и 3)

36. Для удаления временного второго моляра нижней челюсти рекомендуются щипцы:

- 1) клювовидные сходящиеся
- 2) клювовидные несходящиеся
- 3) байонетные
- 4) прямые
- 5) штыковидные

37. Кюретаж лунки при удалении временного зуба:

- 1) не проводится
- 2) проводится всегда
- 3) проводится по просьбе родителей
- 4) проводится по настоянию родителей

- 5) проводится при эффективном обезболивании

38. Элеватор Леклюза предназначен для удаления:

- 1) корней зубов верхней челюсти
- 2) третьего большого коренного зуба нижней челюсти
- 3) корней премоляров верхней челюсти
- 4) корней временных зубов
- 5) верно 1) и 4)

39. Для удаления зубов нижней челюсти предназначены щипцы:

- 1) клювовидные
- 2) байонетные
- 3) прямые
- 4) S-образно изогнутые
- 5) штыковидные

40. При удалении по ортодонтическим показаниям зубов 14 и 24 со сформированными корнями кюретаж лунки:

- 1) не проводится
- 2) проводится
- 3) проводится по просьбе родителей
- 4) проводится по настоянию родителей
- 5) верно 2), 3) и 4)

41. Изогнутые по плоскости клювовидные щипцы предназначены для удаления:

- 1) центральных резцов нижней челюсти
- 2) третьих больших коренных зубов нижней челюсти
- 3) премоляров верхней челюсти
- 4) временных моляров нижней челюсти
- 5) временных моляров верхней челюсти

42. Для удаления зубов верхней челюсти предназначены щипцы:

- 1) клювовидные, изогнутые по ребру
- 2) байонетные
- 3) клювовидные, изогнутые по плоскости
- 4) прямые сходящиеся
- 5) верно 1) и 3)

43. Изогнутые по плоскости клювовидные щипцы предназначены для удаления:

- 1) центральных резцов верхней челюсти
- 2) центральных резцов нижней челюсти
- 3) третьих больших коренных зубов нижней челюсти
- 4) третьих больших коренных зубов верхней челюсти

- 5) временных клыков нижней челюсти

44. Перелом нижней челюсти при удалении зубов наиболее часто наблюдается в области:

- 1) резцов
- 2) клыков
- 3) премоляров
- 4) третьих моляров
- 5) мыщелковых отростков

45. К возможному осложнению операции удаления только временного зуба (в отличие от постоянного) относится:

- 1) вывих соседнего зуба
- 2) травма зачатка зуба
- 3) перелом челюсти
- 4) вывих височно-нижнечелюстного сустава
- 5) кровотечение

46. Травма зачатка зуба наиболее вероятна при удалении зубов:

- 1) 12,22
- 2) 14,24
- 3) 74,84
- 4) 35,45
- 5) 36,46

47. Абсолютным показанием к удалению временного зуба при осложненном кариесе является:

- 1) сформированный корень
- 2) сформированный корень
- 3) начавшаяся резорбция корня
- 4) свищ на десне
- 5) болезнь Дауна

48. Абсолютным противопоказанием к удалению зуба в условиях поликлиники является:

- 1) аллергия к местному анестетику
- 2) хронический пиелонефрит
- 3) ОРВИ
- 4) болезнь Дауна
- 5) врожденный порок сердца в стадии декомпенсации

Заболевания слюнных желез

1. Среди ретенционных кист слюнных желез у детей преобладают кисты:

- 1) околоушных слюнных желез

- 2) подъязычных слюнных желез
- 3) поднижнечелюстных слюнных желез
- 4) малых слюнных желез
- 5) верно 1) и 2)

2. Ретенционные кисты малых слюнных желез наиболее часто локализуются в области:

- 1) щек
- 2) верхней губы
- 3) нижней губы
- 4) кончика языка
- 5) нижней поверхности языка

3. Ретенционные кисты Блан-дин-Нунна расположены на слизистой оболочке:

- 1) щек
- 2) верхней губы
- 3) нижней губы
- 4) мягкого неба
- 5) нижней поверхности языка

4. Термином «ранула» обозначались ретенционные кисты в области:

- 1) дна рта
- 2) щек
- 3) верхней губы
- 4) нижней губы
- 5) кончика языка

5. Метод лечения ретенционных кист слюнных желез:

- 1) физиотерапевтический
- 2) склерозирующая терапия
- 3) криотерапия
- 4) хирургический
- 5) верно 1) и 2)

6. Наиболее эффективный метод лечения ретенционных кист подъязычных слюнных желез:

- 1) цистотомия
- 2) цистэктомия
- 3) цистаденэктомия
- 4) криотерапия
- 5) склерозирование

7. Наиболее часто возникают рецидивы после удаления ретенционных кист малых слюнных желез:

- 1) слизистой оболочки верхней губы

- 2) слизистой оболочки нижней губы
- 3) железы Блан-дин-Нунна
- 4) слизистой оболочки щек
- 5) слизистой оболочки мягкого и твердого неба

8. Наиболее информативным неинвазивным методом диагностики ретенционных кист больших слюнных желез у детей является:

- 1) клинический
- 2) контрастная рентгенография
- 3) эхография
- 4) пункция
- 5) томография

9. Опухоли у детей наиболее часто локализуются в области желез:

- 1) подъязычных
- 2) поднижнечелюстных .
- 3) околоушных
- 4) малых слизистой оболочки полости рта
- 5) верно 1) и 2)

10. Комбинированный метод лечения рекомендуется при:

- 1) аденолимфоме
- 2) плеоморфной аденоме
- 3) мукоэпидермоидной опухоли
- 4) ретенционной кисте поднижнечелюстной слюнной железы
- 5) верно 1) и 2)

11. Комбинированный метод лечения новообразований:

- 1) хирургический + физиотерапевтический
- 2) криотерапия + хирургический
- 3) склерозирующая терапия + хирургический
- 4) лучевая терапия + хирургический
- 5) хирургический + лекарственная терапия

12. Парез лицевого нерва как осложнение возможен при операциях на слюнной железе:

- 1) поднижнечелюстной
- 2) околоушной
- 3) подъязычной
- 4) малой слизистой оболочки щеки
- 5) верно 1)и3)

13. Заключительный диагноз новообразования слюнной железы у детей ставится на основании результата:

- 1) томографии

- 2) контрастной рентгенографии
- 3) открытой хирургической биопсии
- 4) пункционной биопсии
- 5) морфологического исследования послеоперационного материала

14. Одним из основных клинических признаков обострения хронического рецидивирующего паротита в отличие от эпидемического является:

- 1) удовлетворительное общее состояние ребенка
- 2) характерная консистенция железы
- 3) выделение гноя из устья выводного протока
- 4) поражение одной железы
- 5) поражение обеих желез

15. Слюннокаменная болезнь у детей чаще поражает слюнные железы:

- 1) малые
- 2) околоушные
- 3) подъязычные
- 4) поднижнечелюстные
- 5) верно 2) и 4)

16. Орхит как осложнение наблюдается у мальчиков при:

- 1) хроническом рецидивирующем паротите
- 2) остром эпидемическом паротите
- 3) калькулезном сиалоадените поднижнечелюстных слюнных желез
- 4) паротите новорожденных
- 5) верно 1) и 3)

17. Хирургический метод является методом выбора при лечении паротита:

- 1) острого эпидемического
- 2) хронического рецидивирующего вне обострения
- 3) хронического рецидивирующего в стадии обострения
- 4) новорожденных
- 5) верно 1), 2) и 3)

Аномалии зубочелюстной системы и врожденная патология

1. Формирование врожденной расщелины верхней губы тератогенные факторы могут вызвать в период формирования плода:

- 1) первые шесть недель
- 2) 6-12 недели
- 3) 24-28 недели
- 4) 29-30 недели
- 5) 30-31 недели

2. Согласно принятой на кафедре классификации врожденных расщелин верхней губы различают расщелину верхней губы:

- 1) полную одностороннюю без деформации кожно-хрящевого отдела носа
- 2) неполную одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 3) скрытую одностороннюю без деформации кожно-хрящевого отдела носа
- 4) полную одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 5) верно 1) и 3)

3. Медико-генетическое консультирование рекомендуется родственникам больного и больному с диагнозом:

- 1) вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава
- 2) неполная расщелина мягкого неба
- 3) остеома верхней челюсти
- 4) ретенционная киста подъязычной слюнной железы
- 5) острый одонтогенный периостит нижней челюсти

4. К обязательным анатомическим нарушениям, имеющим место при врожденной неполной расщелине верхней губы, относится:

- 1) деформация кожно-хрящевого отдела носа
- 2) ринолалия
- 3) укорочение верхней губы
- 4) диплопия
- 5) верно 2) и 4)

5. При врожденной расщелине верхней губы корригирующие операции на крыльях носа, кончике носа, носовой перегородке рекомендуется проводить в возрасте:

- 1) 2-3 лет
- 2) 5-6 лет
- 3) 15-16 лет
- 4) старше 16 лет
- 5) до 10 лет

6. Согласно принятой на кафедре классификации различают врожденную расщелину мягкого неба:

- 1) одностороннюю
- 2) двухстороннюю
- 3) неполную
- 4) неполную одностороннюю и двухстороннюю
- 5) верно 1) и 2)

7. Ортодонтическое лечение детям с врожденной расщелиной мягкого и твердого неба рекомендуется начинать:

- 1) до операций
- 2) по окончании хирургического лечения
- 3) в возрасте не ранее 6 лет
- 4) не ранее 10 лет
- 5) старше 10 лет

8. У детей в возрасте 9-10 лет наиболее частым показанием для операции на уздечке языка является:

- 1) затрудненный прием пищи
- 2) недоразвитие фронтального отдела нижней челюсти
- 3) нарушение речи
- 4) нарушение функции дыхания
- 5) верно 1) и 3)

9. Иссечение уздечки верхней губы по ортодонтическим Показаниям целесообразно проводить в возрасте ребенка:

- 1) 3-4 года
- 2) 4-5 лет
- 3) 5-6 лет
- 4) 6-7 лет
- 5) 7-8лет

10. Предушные кожно-хрящевые рудименты являются симптомом:

- 1) синдрома Гольденхара
- 2) синдрома Ван-дер-Вуда
- 3) синдрома Олбрайта
- 4) херувизма
- 5) верно 3) и 4)

11. Величина прикрепленной десны в области нижнего свода преддверия рта в норме составляет (мм):

- 1) 1,5-2,0
- 2) 2,0-3,0
- 3) 4,0-6,0
- 4) более 7,0
- 5) 15

12. Врожденная расщелина верхней губы формируется в. период развития эмбриона человека на:

- 1) 3-6 неделе
- 2) 11-12 неделе
- 3) 13-14 неделе
- 4) 16-18 неделе
- 5) во второй половине эмбриогенеза

13. Тератогенным действием, приводящим к формированию у плода врожденной расщелины неба, обладают:

- 1) чрезмерное употребление сладких продуктов беременной женщиной
- 2) лекарственные препараты, принимаемые во время беременности
- 3) острая пища
- 4) чрезмерно соленая пища
- 5) верно 3) и 4)

14. Медико-генетическое консультирование рекомендуется родственникам больного и больному с диагнозом:

- 1) юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- 2) ретенционная киста слизистой нижней губы
- 3) скрытая расщелина мягкого неба
- 4) одонтогенная воспалительная киста
- 5) киста прорезывания

15. Деформация кожно-хрящевого отдела носа всегда имеет место при врожденной расщелине верхней губы:

- 1) полной односторонней
- 2) неполной, односторонней
- 3) скрытой односторонней
- 4) неполной двухсторонней
- 5) верно 2) и 4)

16. В основе принятой на кафедре ДХС классификации врожденных расщелин неба лежат признаки:

- 1) анатомические
- 2) клинические
- 3) функциональные
- 4) анатомические и клинические
- 5) анатомические, клинические и функциональные

17. Согласно принятой на кафедре ДХС классификации различают врожденную расщелину мягкого и твердого неба:

- 1) одностороннюю
- 2) двухстороннюю
- 3) скрытую
- 4) скрытую одностороннюю и двухстороннюю
- 5) верно 1) и 2)

18. Из вторичного неба развивается:

- 1) верхняя губа
- 2) альвеолярный отросток
- 3) мягкое и твердое небо

- 4) альвеолярный отросток и твердое небо
- 5) верно 1) и 2)

19. При изолированной врожденной расщелине мягкого неба оптимальный срок хирургического лечения ребенка в возрасте:

- 1) 2-3 месяцев
- 2) 4-6 месяцев
- 3) до 1 года
- 4) 1-2 лет
- 5) 5-6 лет

20. Следствием высокого прикрепления уздечки нижней губы может явиться:

- 1) уплощение фронтального отдела нижней челюсти
- 2) локальный пародонтит
- 3) дефект речи
- 4) диастема
- 5) верно 1) и 4)

21. Показанием к удалению сверхкомплектного ретенированного зуба является:

- 1) его обнаружение
- 2) его сформированный корень
- 3) ретенция или дистопия комплектных зубов
- 4) тортоаномалия этого зуба
- 5) верно 1) и 2)

22. Показанием к углублению мелкого нижнего свода преддверия полости рта является:

- 1) локальный пародонтит
- 2) величина прикрепленной десны 3-4 мм
- 3) величина прикрепленной десны менее 3 мм
- 4) тортоаномалия центральных резцов
- 5) верно 2) и 3)

23. Эмбрион человека имеет расщелину верхней губы как физиологическую норму до:

- 1) 6 недель
- 2) 16-18 недель
- 3) 24-28 недель
- 4) 29 недель
- 5) верно 2) и 3)

24. Из первичного неба формируется:

- 1) верхняя губа
- 2) верхняя губа и альвеолярный отросток верхней челюсти Л

- 3) средний отдел верхней губы и резцовая кость
- 4) твердое небо
- 5) верно 1) и 4)

25. Согласно принятой на кафедре классификации врожденных расщелин верхней губы различают расщелину верхней губы:

- 1) скрытую одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 2) скрытую одностороннюю без деформации кожно-хрящевого отдела носа
- 3) скрытую одностороннюю
- 4) полную одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 5) полную двухстороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа

26. При полной односторонней расщелине верхней губы имеет место первичное нарушение функции:

- 1) мочевыводящей системы
- 2) сосания
- 3) центральной нервной системы
- 4) обоняния
- 5) верно 3) и 4)

27. Согласно принятой на кафедре ДХС классификации различают врожденную расщелину мягкого неба:

- 1) скрытую
- 2) неполную одностороннюю
- 3) неполную двухстороннюю
- 4) скрытую одностороннюю и двухстороннюю
- 5) полную одно- и двухстороннюю

28. Согласно принятой на кафедре классификации различают врожденную расщелину мягкого и твердого неба:

- 1) одностороннюю
- 2) двухстороннюю
- 3) одностороннюю и двухстороннюю
- 4) неполную
- 5) полную одностороннюю и двухстороннюю

29. Анатомическим нарушением, имеющим место при любом виде врожденной расщелины неба, является:

- 1) укорочение мягкого неба
- 2) удлинение мягкого неба
- 3) расширение среднего отдела глотки
- 4) сужение среднего отдела глотки
- 5) гипертрофия небных миндалин

30. Хирургическое лечение детям с изолированной расщелиной мягкого неба

показано в возрасте:

- 1) 1-2 лет
- 2) 4-5 лет
- 3) 5-6 лет
- 4) 7 лет
- 5) верно 2) и 3)

31. Первичная частичная адентия является одним из симптомов:

- 1) врожденной расщелины верхней губы
- 2) эктодермальной дисплазии
- 3) гемифациальной микросомии
- 4) синдрома Пьера-Робена
- 5) синдрома Ван-дер-Вуда

32. При иссечении уздечки верхней губы показанием к компактостеотомии является:

- 1) гипертрофия межзубного сосочка -V
- 2) диастема
- 3) прикрепление уздечки верхней губы к вершине альвеолярного отростка
- 4) первичная адентия зубов 12,22
- 5) верно 1) и 4)

33. Методом лечения врожденной срединной кисты шеи является:

- 1) криодеструкция
- 2) хирургический
- 3) лучевая терапия
- 4) комплексное - хирургическое в сочетании с криодеструкцией
- 5) комбинированное

34. Эмбрион человека имеет расщелину неба как физиологическую норму до:

- 1) 6 недель
- 2) 16-18 недель
- 3) 24-28 недель
- 4) 29-32 недель
- 5) верно 3) и 4)

35. В основе принятой на кафедре классификации врожденных расщелин верхней губы лежат признаки: -

- 1) анатомические
- 2) функциональные
- 3) анатомические и функциональные
- 4) анатомические, функциональные и клинические
- 5) клинические и анатомические
- 6) клинические, анатомические, функциональные и морфологические

36. Согласно принятой на кафедре классификации врожденных расщелин верхней губы различают врожденную расщелину верхней губы:

- 1) скрытую двухстороннюю
- 2) скрытую одностороннюю без деформации кожно-хрящевого отдела носа
- 3) полную одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 4) полную двухстороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 5) верно 3) и 4)

37. К анатомическим нарушениям, имеющим место при полной расщелине верхней губы, относится:

- 1) деформация кожно-хрящевого отдела носа
- 2) нарушение сосания
- 3) ринолалия
- 4) гемиатрофия лица
- 5) глоссоптоз

38. Согласно принятой на кафедре классификации различают врожденную расщелину мягкого неба:

- 1) полную
- 2) полную одностороннюю
- 3) полную двухстороннюю
- 4) неполную одностороннюю и двухстороннюю
- 5) верно 2), 3) и 4)

39. Согласно принятой на кафедре классификации различают врожденную расщелину мягкого и твердого неба:

- 1) одностороннюю
- 2) двухстороннюю
- 3) одностороннюю и двухстороннюю
- 4) полную
- 5) полную одностороннюю и двухстороннюю

40. Независимо от вида врожденной расщелины мягкого и твердого неба обязательным является нарушение функции:

- 1) приема пищи
- 2) речи
- 3) сосания
- 4) мочеиспускания
- 5) верно 1) и 3)

41. Хирургическое лечение детям с расщелиной мягкого и твердого неба показано в возрасте:

- 1) 1-2 месяцев
- 2) 3-4 месяцев
- 3) 2-4 лет

- 4) 7-8 лет
- 5) верно 1) и 2)

42. При врожденных расщелинах неба занятия с логопедом рекомендуется начинать:

- 1) до операции
- 2) по окончании хирургического лечения
- 3) в возрасте 1 года
- 4) в 5 лет
- 5) в возрасте 14 лет

43. Операцию по поводу короткой уздечки языка по логопедическим показаниям следует проводить в возрасте ребенка:

- 1) 1 месяц
- 2) 1 год
- 3) 2-3 года
- 4) 4-5 лет
- 5) 6-7 лет

44. Методом лечения врожденной боковой кисты шеи является:

- 1) хирургический
- 2) комплексное - хирургическое с криодеструкцией
- 3) криодеструкция
- 4) лучевая терапия
- 5) верно 1) и 4)

45. Тератогенные факторы могут вызывать формирование расщелины неба в период эмбриогенеза:

- 1) первые 7-8 недель
- 2) 16-18-я недели
- 3) 24-28-я недели
- 4) 29-30-я недели
- 5) верно 3) и 4)

46. Согласно принятой на кафедре классификации врожденных расщелин верхней губы, различают расщелину верхней губы:

- 1) полную одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 2) неполную одностороннюю без деформации кожно-хрящевого отдела носа
- 3) скрытую одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 4) полную двухстороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 5) верно 1) и 4)

47. Согласно принятой на кафедре классификации врожденных расщелин верхней губы, различают расщелину верхней губы:

- 1) полную двухстороннюю

- 2) скрытую двухстороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 3) полную двухстороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 4) полную одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 5) верно 3) и 4)

48. К анатомическим нарушениям, имеющим место при скрытой расщелине верхней губы, относится:

- 1) нарушение речи
- 2) анкилоглоссия
- 3) укорочение верхней губы
- 4) удлинение верхней губы
- 5) глоссоптоз

49. При врожденной расщелине верхней губы хирургическое лечение рекомендуется проводить в возрасте ребенка:

- 1) 2-4 дня
- 2) 11-12 дней
- 3) 1-4 месяца
- 4) 4-6 месяцев
- 5) 1-2 года

50. Согласно принятой на кафедре классификации, различают расщелину альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба:

- 1) одностороннюю и двухстороннюю
- 2) неполную
- 3) полную одностороннюю и двухстороннюю
- 4) неполную одностороннюю и двухстороннюю
- 5) верно 3) и 4)

51. Расширение среднего глоточного кольца при врожденных расщелинах твердого и мягкого неба имеет место:

- 1) всегда
- 2) иногда
- 3) у детей до 5 лет
- 4) у мальчиков
- 5) у девочек

52. Хирургическое лечение детям с односторонней расщелиной альвеолярного отростка верхней челюсти рекомендуется:

- 1) в 1-2 года
- 2) в 3-4 года
- 3) в 5-6 лет
- 4) трехэтапное; в 2-3 года, 3-5 лет, 8-10 лет
- 5) радикальное в 7-11 лет

53. Локальный пародентит является показанием к хирургической коррекции уздечки языка в возрасте ребенка:

- 1) 5-6 лет
- 2) 7-9 лет
- 3) любом, при сформированном постоянном прикусе
- 4) до 5 лет
- 5) верно 1) и 2)

54. Недоразвитие ушной раковины является симптомом:

- 1) херувизма
- 2) синдрома Ван-дер-Вуда
- 3) родовой травмы височно-нижнечелюстного сустава
- 4) гемифациальной микросомии
- 5) Пьера-Робена

55. Методом лечения врожденного срединного свища шеи является:

- 1) лучевая терапия
- 2) криодеструкция
- 3) хирургический
- 4) комплексное - хирургическое с криодеструкцией
- 5) верно 1) и 3)

56. У детей в возрасте 9-10 лет наиболее частым показанием к операции на уздечке языка является:

- 1) затрудненный прием пищи
- 2) глоссоптоз
- 3) недоразвитие фронтального отдела нижней челюсти
- 4) нарушение речи
- 5) верно 1) и 2)

Ортодонтия и детское протезирование.

1. Какая вертикальная аномалия окклюзии относится к наследственным?

- 1) глубокий прикус
- 2) открытый прикус
- 3) супраположение клыков

2. Ретенционные аппараты не применяются:

- 1) в период подготовки к хирургическому лечению
- 2) для стабилизации результата лечения
- 3) для замещения отсутствующих зубов
- 4) в послеоперационном периоде
- 5) после использования расширяющей техники

3. Макродентия относится к аномалии

- 1) размеров зубов
- 2) формы зубов
- 3) структуры зубов
- 4) положения зубов
- 5) размеров челюстей

4. Дистальные поверхности вторых молочных моляров трехлетнего ребенка в норме располагаются

- 1) в одной плоскости
- 2) с мезиальной ступенью
- 3) с дистальной ступенью

5. Классификация Энгля основана на смыкании

- 1) резцов
- 2) клыков
- 3) премоляров
- 4) первых моляров
- 5) челюстей

5. Палатокклюзия - это смещение

- 1) верхних боковых зубов орально
- 2) нижних боковых зубов орально
- 3) верхних боковых зубов вестибулярно
- 4) нижних боковых зубов вестибулярно
- 5) резцов вперед

6. Электромиотонометрия позволяет определить

- 1) биоэлектрическую активность жевательных мышц
- 2) сократительную способность жевательных мышц
- 3) сократительную способность только височных мышц
- 4) биоэлектрическую активность височных мышц
- 5) сократительную способность мимических мышц

Модуль: детская терапевтическая стоматология.

1. Оптимальное содержание фторида в питьевой воде в районах с жарким климатом составляет (мг/л):

- 1) - 0,5
- 2) - 0,8
- 3) - 1,0
- 4) - 1,2
- 5) - 1,6

2. Герметизацию фиссур премоляров рекомендуется проводить в возрасте:

- 1) - 4-6 лет
- 2) - 6-8 лет
- 3) - 10-11 лет
- 4) - 12-13 лет
- 5) -14-15 лет

3. Наиболее часто очаги деминерализации эмали локализуются коронке зуба в области:

- 1) бугров
- 2) шейки
- 3) фиссур
- 4) язычной поверхности
- 5) вестибулярной поверхности

4. Некариозное поражение твердых тканей зуба, при котором прорезывается один зуб измененной формы – это:

- 1) флюороз
- 2) системная гипоплазия
- 3) местная гипоплазия
- 4) синдром Стентона-Капдепона
- 5) окрашивание тканей другого происхождения

5. При определении индекса CPITN наличие пародонтального кармана глубиной 4-5 мм соответствует коду:

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 5

6. Фолликул зуба – это участок просветления (затемнения) костной ткани, округлой формы, с четкими границами:

- 1) кортикальной пластинки
- 2) соединительной ткани
- 3) слизистой
- 4) губчатого вещества
- 5) другое

7. Пломбирование каналов временных сформированных резцов проводят:

- 1) пастой из окиси цинка на масляной основе
- 2) фосфат-цементом
- 3) штифтами
- 4) нитратом серебра
- 5) другое

8. При проведении метода серебрения твердых тканей временных зубов применяют:

- 1) 2% р-р нитрата серебра
- 2) 10% р-р нитрата серебра
- 3) 30% р-р нитрата серебра
- 4) 45% р-р нитрата серебра
- 5) 50% р-р нитрата серебра

9. При лечении среднего кариеса детям на временные зубы со сформированными корнями нельзя ставить пломбу из:

- 1) амальгамы
- 2) силицина
- 3) стеклоиономерного цемента
- 4) композита химического отверждения
- 5) композита светового отверждения

10. Если ангулярный хейлит осложнен стрептостафилодермией, при этом образуются:

- 1) темно-желтые корки
- 2) влажный белый налет
- 3) эрозии с гнойным отделяемым
- 4) красно-жёлтые корки
- 5) раневая поверхность

11. С целью профилактики возникновения зубочелюстных аномалий необходимо:

- 1) своевременное лечение кариеса и его осложнений
- 2) раннее удаление молочных зубов
- 3) консультация логопеда
- 4) консультация терапевта-стоматолога
- 5) консультация хирурга-стоматолога

12. Своевременное лечение заболеваний ЛОР- органов способствует:

- 1) нормальному развитию жевательных мышц
- 2) нормализации функции глотания
- 3) нормальному развитию зубочелюстной системы
- 4) нормальному формированию речи
- 5) нормализации функции жевания

13. Эктопичное прорезывание зубов - это нарушение:

- 1) сроков прорезывания зубов
- 2) положения прорезывания зубов
- 3) последовательности прорезывания зубов

14. Основным методом обезболивания при удалении временных (молочных)

зубов на верхней челюсти является анестезия:

- 1) туберальная
- 2) инфраорбитальная
- 3) внутрикостная
- 4) инфильтрационная
- 5) аппликационная

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ К ВОПРОСУ
ОБОЗНАЧЕННОМУ ЦИФРОЙ

1. ИЗ ЧАСТЕЙ ЗУБНОГО ЗАЧАТКА ОБРАЗУЕТСЯ:

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1) ИЗ ЗУБНОГО СОСОЧКА | А. ЭМАЛЬ |
| Б. ДЕНТИН | |
| 2) ИЗ ЭМАЛЕВОГО ОРГАНА | В. ПУЛЬПА ЗУБА |
| 3) ИЗ ЗУБНОГО МЕШОЧКА | Г. ЦЕМЕНТ |
| | Д. ПЕРИОДОНТ |
| | Е. ПЕРВИЧНАЯ КУТИКУЛА |

ЭМАЛИ

К ВОПРОСУ ОБОЗНАЧЕННОМУ ЦИФРОЙ УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ
ОТВЕТ ОБОЗНАЧЕННЫЙ БУКВОЙ

2. КЛЕТКИ ЗУБНОГО ЗАЧАТКА СТРОЯТ:

- | | |
|------------------|------------------|
| 1) амелобласты | А. периодонт |
| 2) цементобласты | Б. дентин |
| 3) одонтобласты | В. костную ткань |
| | Г. эмаль |
| | Д. цемент |

3. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ:

- | | |
|------------------------------|------------------------------------|
| 1) молочных | А. В первые недели после рождения |
| 2) постоянных первых моляров | Б. Во вторую половину беременности |
| | В. Во второе полугодие жизни |
| | Г. В возрасте 2-3 лет |

4. ЗУБЫ ПРОРЕЗАВШИЕСЯ К ДАННОМУ ВОЗРАСТУ:

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------------------|
| 1) К КОНЦУ ПЕРВОГО ГОДА | А. Все молочные зубы |
| 2) К КОНЦУ ВТОРОГО ГОДА | Б. Все молочные зубы и постоянные первые моляры |
| 3) К 2.5-3 ГОДАМ | В. Молочные резцы |
| моляры | Г. Молочные резцы и первые моляры |

5. Формирование корней молочных зубов заканчивается:

- | | |
|------------|-------------------------|
| 1) РЕЗЦОВ | А. К концу 1 года жизни |
| 2) КЛЫКОВ | Б. К 2-3 годам |
| 3) МОЛЯРОВ | В. К 4 годам |

Г.К 5 годам

Д.К 6 г

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

6. ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ У РЕБЕНКА С ВОЗРАСТОМ:

- 1)УВЕЛИЧИВАЕТСЯ
- 2)УМЕНЬШАЕТСЯ

7. ЗАМЕСТИТЕЛЬНЫЙ ДЕНТИН ОТКЛАДЫВАЕТСЯ:

- 1)В области эмалево-дентинного соединения
- 2)В полости зуба
- 3)В слое околопульпарного дентина

8. ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ МОЛОЧНОГО ЗУБА ДЛИТСЯ :

- 1)До смены на постоянный зуб
- 2)ОТ КОНЦА ФОРМИРОВАНИЯ КОРНЯ ДО НАЧАЛА ЕГО РЕЗОРБЦИИ
- 3)До окончания минерализации

9. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ПОСЛЕ ГИБЕЛИ ПУЫПЫ И ЗОНЫ РОСТА:

- 1)Ускоряется
- 2)Замедляется
- 3)Прекращается
- 4)Соответствует возрасту ребенка

10. ДЕНТИННЫЙ МОСТ – ЭТО:

- 1)Равномерное отложение дентина на стенках корня
- 2)Образование дентина в области зоны воспаления
- 3)Облитерация дентинных каналов

11. ТКАНЬ ЗУБА.ПРОЕЦИРУЮЩАЯСЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ .КАК САМАЯ ПЛОТНАЯ:

- 1)ЭМАЛЬ
- 2)ЦЕМЕНТ
- 3)ДЕНТИН
- 4)ПУЛЬПА

12. ЗАЧАТОК ЗУБА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИЕЦИРУЕТСЯ:

- 1)В виде участка затемнения с четкими контурами
- 2)В виде участка просветления с нечеткими контурами
- 3)На рентгенограмме не выявляется

13. ТОЛЩИНА ЭМАЛИ С ВОЗРАСТОМ:

- 1)УВЕЛИЧИВАЕТСЯ
- 2)УМЕНЬШАЕТСЯ

14. ПУЛЬПОВАЯ КАМЕРА С ВОЗРАСТОМ:

- 1) расширяется
- 2) сужается

ОТВЕТЫ К ЗАДАНИЯМ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

- 1) 1БВ 2 АД 3 ГЕ
- 2) 1Г 2Д 3Б
- 3) 1Б 2А
- 4) 1В 2Г 3А
- 5) 5 1Б 2Г 3В
- 6) 2
- 7) 3
- 8) 2
- 9) 3
- 10) 2
- 11) 1
- 12) 1
- 13) 1
- 14) 2

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

1.СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ РАЗВИВАЕТСЯ ОТ

- 1 Заболеваний матери вовремя беременности
- 2 Травматических повреждений молочных зубов
- 3 Нарушения состава микроэлементов в воде
- 4 Болезней ребенка после рождения

2.ТЕТРАЦИКЛИНОВОЕ ОКРАШИВАНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ВОЗНИКАЕТ ПО ПРИЧИНЕ

- 1 Наследственной патологии твердых тканей
- 2 Нрушения водно-солевого обмена в период формирования эмали
- 3 Приема препаратов тетрациклинового ряда

3.ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ФЛЮООРОЗА

- 1 Недостаточное содержание фтора в воде
- 2 Наследственная патология
- 3 Избыточное содержание фтора в воде

4.ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ

- 1 Системная гипоплазия эмали
- 2 Флюороз
- 3 Несовершенный дентиногенез

4Тетрациклиновые зубы

5.КАРИОЗНЫЕ ПЯТНА ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ НА

- 1 Вестибулярной поверхности
- 2 Контактной поверхности
- 3 Жевательной поверхности
- 4 Режущем крае
- 5 Буграх

6.ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ПРИ РЕМОТЕРАПИИ

- 1 Повышается
- 2 Снижается
- 3 Не изменяется

7.В МОЛОЧНЫХ ЗУБАХ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ФОРМЫ
ПУЛЬПИТА

- 1 Острые
- 2 Хронические

8.ФОРМА ПУЛЬПИТА ПРИ КОТОРОЙ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ
ВСЕГДА
СООБЩАЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ ЗУБА

- 1 Острый общий пульпит
- 2 Хронический фиброзный пульпит
- 3 Хронический гипертрофический пульпит
- 4 Хронический гангренозный пульпит

9.ХРОНИЧЕСКИЙ ФИБРОЗНЫЙ ПУЛЬПИТ У ДЕТЕЙ
РАЗВИВАЕТСЯ

- 1 Из острой формы
- 2 Как первично хронический процесс
- 3 Возможно и то и другое

10.НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ФОРМА ПЕРИОДОНТИТА У ДЕТЕЙ

- 1 Острый травматический периодонтит
- 2 Хронический гранулирующий периодонтит
- 3 Хронический гранулематозный периодонтит
- 4 Хронический фиброзный периодонтит

11.ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ
РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ

- 1 Физиологическая
- 2 Патологическая

ОТВЕТЫ К ЗАДАНИЯМ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

1 — 4

2 — 3

3 — 3

4 — 3

5 — 1

6 — 2

7 — 2

8 — 3

9 — 3

10 — 4

11 - 2