

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.74 «СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»

1	Стоматология хирургическая
1	Синоним прогении - это
	Нижняя прогнатия
	Верхняя прогнатия
	Верхняя ретрогнатия
	Нижняя ретрогнатия
2	Синоним прогнатии - это
	Верхняя ретрогнатия
	Нижняя ретрогнатия
	Верхняя прогнатия
	Нижняя прогнатия
3	Синонимом микрогении является
	Нижняя прогнатия
	Верхняя прогнатия
	Нижняя ретрогнатия
	Верхняя ретрогнатия
4	Синонимом микрогнатии является
	Нижняя ретрогнатия
	Верхняя ретрогнатия
	Верхняя прогнатия
	Нижняя прогнатия
5	Прогения - это
	Аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней

	челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития
	Недоразвитие нижней челюсти
	Аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием верхней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития
	Недоразвитие верхней челюсти
6	Микрогения - это
	Недоразвитие верхней челюсти
	Аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием верхней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития
	Недоразвитие нижней челюсти
	Аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития
7	Прогнатия - это
	Аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития
	Недоразвитие нижней челюсти
	Аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием верхней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития
	Недоразвитие верхней челюсти
8	Микрогнатия - это
	Недоразвитие верхней челюсти
	Аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием верхней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития
	Недоразвитие нижней челюсти
	Аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития
9	Для прогении не характерен следующий прикус
	Мезиальный

	Прогенический
	Прямой
	Обратный
10	Прогения бывает
	Истинной, ложной
	Верхней и нижней челюсти
	Фронтальных и боковых зубов
11	Микрогения может быть
	Врожденной и приобретенной
	Односторонней и двухсторонней
	односторонней и двухсторонней, врожденной и приобретенной, верхней и нижней
	Верхней и нижней
12	Ортопантограммы челюстей делают
	Для определения количества и расположения зубов
	Для изучения строения лицевого отдела черепа
	Для прогноза роста челюстей
	Для изучения динамики роста челюстей
	Для определения показаний к удалению зубов
13	Методом исследования боковых телерентгенограмм головы является
	метод Шварца
	метод Парма
	метод Шулера
	метод Паатера
	метод Колоткова

14	Сопоставление боковых телерентгенограмм головы проводят
	Для выявления характера морфологической перестройки
	Для уточнения показаний к удалению зубов
	Для лицевого отдела черепа
	Для выяснения искажений при ТРГ исследовании
	Для уточнения костного и зубного возраста
15	На прямых телерентгенограммах головы возможно выявить
	Форму и размеры лицевого отдела черепа
	Количество и положение зубов
	Показания к удалению отдельных зубов перед ортодонтическим лечением
	Динамику роста челюстей
	Отклонения в развитии шейного отдела позвоночника
16	На аксиальных телерентгенограммах головы возможно выявить
	Асимметрию развития черепа
	Количество и положение зубов
	Динамику роста челюстей
	Отклонения в развитии шейного отдела позвоночника
	Костный возраст
17	Периодами развития классификаций зубочелюстных аномалий являются
	Симоновский
	Щварцевский
	Энглеvский
	Доэнглеvский
18	Одним из авторов краниометрической классификации является

	Шварц
	Курляндский
	Энгль
	Симон
	Ильина – Маркосян
19	Топико-морфометрическая диагностика зубочелюстно-лицевых аномалий базируется на
	Изучении размера и положения частей лицевого отдела черепа
	Изучении соотношения зубных дуг
	Выявлении нарушений функций зубочелюстной системы
	Определении сопутствующих стоматологических и общесоматических заболеваний
	Уточнении характера эстетических нарушений
20	Гнатические разновидности аномалий прикуса характеризует
	Топография и размеры челюстных костей
	Соотношение зубных дуг
	Топография других лицевых костей
	Размер и положение зубов
	Топография альвеолярных дуг
21	На топографию отдельных частей лицевого отдела черепа влияет
	Размер частей
	Положение частей
	Размер и местоположение частей
22	Отличием между сагиттальными аномалиями прикуса и ортогнатическими является
	Соотношение всех боковых зубов
	Соотношение передних зубов

	Соотношение первых постоянных моляров
	Соотношение клыков
23	Для определения смещения нижней челюсти вперед необходимо применять
	Пробу Битнера – Эйшлера
	Жевательные пробы по Рубинову
	Пробу Ильиной – Маркосян
	Глотательные пробы
24	Глубину преддверия полости рта измеряют
	От десневого края резцов до переходной складки
	От экватора резцов до переходной складки
	От вершины межзубных сосочков до переходной складки
	От режущего края резцов до переходной складки
25	Для определения смещения нижней челюсти в сторону необходимо применять
	Пробу Ильиной – Маркосян
	Глотательные пробы
	Пробу Битнера – Эйшлера
	Жевательные пробы по Рубинову
26	Функциональные нарушения челюстно-лицевой области исследуют с помощью
	Рентгенокинематографии
	Телерентгенографии
	Панорамной рентгенографии
	Ортопантомографии челюстей
	Близкофокусной внутриротовой рентгенографии
27	Костные трансплантаты при остеотомии верхней челюсти за бугры вводят для

	Жесткой фиксации
	Выдвижения челюсти вперед
	Увеличения объема средней трети лица
	Исключения смещения челюсти в исходное положение
	Остановки кровотечения
28	При симметричной нижней макрогнатии остеотомию чаще всего производят в области
	Углов нижней челюсти
	Первых премоляров нижней челюсти
	Ветвей нижней челюсти
	Мыщелковых отростков нижней челюсти
	Подбородка
29	Дополнением к операционной фиксации фрагментов челюсти при остеотомии является
	Шина Ванкевич
	Гладкая шина-скоба
	Шина-скоба с распорочным изгибом
	Бимаксиллярные шины с зацепными петлями
	Шина Порта
30	Расчет смещения челюстей при их остеотомии ведут по
	Ортопантомограмме
	Телерентгенограмме
	Компьютерной томограмме
	Панорамной рентгенограмме
	Обзорной рентгенограмме костей лица
31	Непосредственное интраоперационное осложнение при остеотомии нижней челюсти

	Парез маргинальной ветви n.facialis
	Ишемия тканей операционной области
	Вторичная деформация
	Слюнной свищ
	Повреждение нижнеальвеолярной артерии
32	При фрагментарной остеотомии нижней челюсти удаляют
	Зубы 3.4, 4.4
	Зубы 3.3, 4.3
	Зубы 3.5, 4.5
	Зубы 3.6, 4.6
33	Причина развития рецидива при любом виде остеотомии нижней челюсти
	Термическая травма кости
	Технические погрешности при перемещении фрагментов
	Повреждение надкостницы
	Травма сосудисто-нервного пучка
	Послеоперационная гематома
34	Количество дней фиксации фрагментов нижней челюсти ортопедическими средствами после ее остеотомии равно
	15 дням
	30 дням
	60 дням
	75 дням
	90 дням
35	После остеотомии челюстей назначают стол
	Стол № 1

	Стол №9
	Стол № 15
	Трубочный
	Стол 2-й челюстной
36	Термин «нижняя ретрогнатия» определяет нижнюю челюсть
	Недоразвитой
	Смещенной кпереди
	Чрезмерно развитой
	Несимметричной
	Смещенной кзади
37	Нижнюю ретрогнатию устраняют остеотомией ветвей нижней челюсти с одномоментной(-ым)
	Костной пластикой
	Пересадкой фасции
	Приживлением мышцы
	Пересадкой кожного лоскута
	Контурной пластикой
38	Показанием для фрагментарной остеотомии нижней челюсти является
	Ретрогнатия
	Микрогнатия
	Несимметричная макрогнатия
	Чрезмерное развитие подбородочного отдела
	Нижнечелюстная макрогнатия
39	При фрагментарной остеотомии верхней челюсти удаляют
	Зубы 1.4, 2.4

	Зубы 1.3, 2.3
	Зубы 1.5, 2.5
	Зубы 1.6, 2.6
40	После остеотомии челюстей назначают остеотропный антибиотик
	Пенициллин
	Олететрин
	Тетрациклин
	Линкомицин
	Эритромицин
41	Для ускорения регенерации костной ткани после остеотомии челюстей назначают
	ГБО-терапию
	Криотерапию
	Противовоспалительную терапию
	Химиотерапию
	Дезинтоксикационную терапию
42	Введение имплантата по каналу зуба в кость относится к виду имплантации
	Эндодонто-эндооссальному
	Эндооссальному
	Субпериостальному
	Эндооссально-субпериостальному
43	Название вида имплантации, при которой пациенту проведена имплантация пластиночного имплантата
	Эндооссальная
	Эндодонто-эндооссальная
	Субпериостальная

	Эндооссально-субпериостальная
44	Имплантация с применением цилиндрического керамического имплантата называется
	Эндооссальная
	Эндодонто-эндооссальная
	Субпериостальная
	Эндооссально-субпериостальная
45	Эндодонто-эндооссальный имплантат может иметь форму
	Штифта
	Пластинки
	Седловидную
	Конуса
46	Остеоинтеграция имплантата это
	Плотный контакт между новообразованной костной тканью и поверхностью имплантата
	Плотное укрепление имплантата
	Помещение имплантата в костную ткань
	Наличие фиброзной ткани между имплантатом и костью
47	Укажите факторы, которые могут привести к потере имплантата (множественный выбор 1 3 4)
	Плохая гигиена полости рта
	Нерациональное питание
	Неудовлетворительная жевательная нагрузка
	Нарушение обмена веществ
	Заболевания желудочно-кишечного тракта
48	Двухэтапная имплантация внутрикостных имплантатов проводится

	Для предупреждения фиброзной интеграции
	Для снижения послеоперационной травмы
	В целях достижения остеоинтеграции
	При плохих способностях к регенерации костной ткани
	В целях улучшения функционального эффекта
49	Фиброзная интеграция имплантата это
	Наличие фиброзной прослойки между имплантатом и костью
	Эпителиальное прикрепление к поверхности имплантата
	Укрепление имплантата в соединительной ткани
	Помещение имплантата под надкостницу
50	Показания к проведению имплантации
	Полное отсутствие зубов
	Концевые дефекты зубных рядов
	Потеря одного зуба
	Неудовлетворительная фиксация съемного протеза
	Включенные дефекты зубных рядов
51	Укажите вариант верного расположения плеч внутрикостного имплантата по отношению к кортикальной пластинке
	Плечи расположены на уровне кортикальной пластинки
	Ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм
	Выше кортикальной пластинки на 2-3 мм
	В зависимости от состояния кости
52	Головку винтового титанового имплантата можно изгибать
	На 30 градусов
	Не более чем на 45 градусов

	До 10 градусов
	Изгибать нельзя
53	Противопоказания к проведению имплантации
	Сахарный диабет
	Аллергия на пыльцу деревьев
	Гемофилия
	Вегето - сосудистая дистония
	ВИЧ
54	После скелетирования альвеолярного отростка челюсти пациенту снят слепок и по рельефу кости изготовлен металлический имплантат с опорными лентами. Укажите вид имплантации, который будет проведен данному пациенту?
	Субпериостальная
	Эндодонто-эндооссальная
	Эндооссальная
	Эндооссально-субпериостальная
55	Щель между стенкой костного ложа и имплантатом следует заполнить
	Йодоформной турундой
	Антибиотиком
	Заполнение щели не требуется
	Остеотропными материалами
56	При превышении температуры критических величин с костной тканью происходит
	Гиперемия
	Отек
	Инфильтрация
	Некроз

	Пролиферация
57	К минимальному нагреву кости ведет
	Прерывистое препарирование с водо-воздушным охлаждением
	Прерывистое препарирование без водо-воздушного охлаждения
	Непрерывное препарирование с водо-воздушным охлаждением
	Непрерывное препарирование без водо-воздушного охлаждения
58	К факторам, влияющим на теплообразование при препарировании костной ткани относят (множественный выбор)
	Форму бора
	Величину бора
	Остроту бора
	Давление бора на костную ткань
	Режим препарирования
59	Количество имплантатов, которое может быть одномоментно установлено у одного пациента
	Ограничений нет
	6-8 имплантатов
	Не более шести имплантатов
	Два-три имплантата
	Один имплантат
60	Имплантация противопоказана при заболеваниях
	Сахарный диабет
	Остеопороз
	Сифилис
	Пиелонефрит

61	При неправильной установке имплантата в кости могут возникать
	Кровотечения
	Подвижность имплантата
	Флегмона
	Резорбция костной ткани вокруг имплантата
	Повреждение соседних зубов
62	Необходимый промежуток между опорной частью имплантата и зубом- антагонистом равен
	Не более чем 1 мм
	Не менее чем 3 мм
	Не менее чем 4 мм
	Не более чем 2 мм
63	Глубина погружения верхней части горизонтальной внутрикостной пластинки металлического пластиночного имплантата по отношению к гребню альвеолярного отростка челюсти равна
	Находиться должен на одном уровне с краем гребня
	Не более 1 мм
	Не менее 2-3 мм
	Не более 2-3 мм
64	Оптимальные сроки остеоинтеграции имплантата на нижней челюсти равны
	От 2 до 6 месяцев
	От 3 до 6 месяцев
	От 5 до 8 месяцев
	От 6 до 12 месяцев
65	Оптимальные сроки остеоинтеграции имплантата на верхней челюсти равны
	От 2 до 6 месяцев

	От 3 до 6 месяцев
	От 5 до 8 месяцев
	От 6 до 12 месяцев
66	Укажите особенности кости нижней и верхней челюсти
	На нижней челюсти кость плотнее, чем на верхней
	Плотность кости одинакова на верхней и нижней челюсти
	На верхней челюсти кость плотнее, чем на нижней
67	Расстояние между имплантатом и рядом расположенным зубом должно быть:
	3-4 мм
	8 мм
	4-6 мм
	2-3 мм
68	Величина убыли костной ткани в первый год после дентальной имплантации равна
	1 мм
	0,2 мм
	2 мм
	0,5 мм
69	Укажите функции мембран
	Барьерная функция
	Фиксация сгустка, материала
	Остеопластическая функция
	Удержание пространства
	Антибактериальная
70	Остеоиндуктивные материалы - это

	Препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в остеобласты
	Препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в фибробласты
	Препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в одонтобласты
	Препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в остеокласты
71	Остеокондуктивные материалы - это
	Препараты, являющиеся мембраной, покрывающей кость
	Препараты, являющиеся каркасом для образования кости и ее клеточного дифференцирования
	Препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в одонтобласты
	Препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в остеобласты
72	Источником материала для аутогенного трансплантата является
	Человек донор
	Животное
	Сам пациент
	Искусственно созданный полимер
73	Внеротовыми донорскими зонами для взятия трансплантата являются
	Гребень подвздошной кости
	Метафиз большеберцовой кости
	Плюсневая кость
	Ребро
	Теменной бугор свода черепа
74	Внутриротовые донорские зоны для взятия трансплантата на нижней челюсти

	Тело челюсти
	Суставной отросток
	Ветвь челюсти
	Подбородок
75	Синтетические трансплантаты называют
	Аллопластическими
	Аллогенными
	Аутогенными
	Ксеногенными
76	К аллопластическим материалам относят
	Фосфат кальция
	Сульфат кальция
	Биосилаты
	Бисфосфонаты
77	Показание к аугментации с помощью костного блока альвеолярного отростка челюсти
	Недостаток кости более 3 мм
	Лунка после удаления зуба
	Недостаток кости более 6 мм
	Недостаток кости более 1 мм
78	Необходимой высотой альвеолярного отростка челюсти для проведения расщепления гребня является высота
	10мм
	2,5 мм
	6 мм
	11-15 мм

79	Показания к аугментации альвеолярного отростка челюстей
	Недостаточный уровень костной ткани в боковых отделах нижней и верхней челюстей
	Состояния после удаления злокачественных опухолей
	Полная вторичная адентия
	Потеря костной ткани после травмы
80	Какой фактор нужно учитывать при формировании костного аутотрансплантата?
	Соответствие формы трансплантата и дефекта
	Соответствие формы трансплантата и хирургического инструмента
	Длина трансплантата не должна превышать 5 мм
	Соответствие формы трансплантата и принимающего ложа
81	Показания к проведению к синус-лифтинга
	Высота альвеолярной части менее 5 мм и ширина менее 6 мм
	Высота альвеолярной части менее 10 мм и ширина менее 4 мм
	Высота альвеолярной части менее 11-15 мм и ширина менее 5-8 мм
	Высота альвеолярной части менее 7 мм и ширина менее 3 мм
82	Укажите виды методик синус-лифтинга
	Закрытый
	Открытый
	Перфоративный
	Комбинированный
83	Мембрана Шнейдера при открытом синус-лифтинге. Что происходит с мембраной Шредера при открытом синус-лифтинге?
	Перфорируется
	Отслаивается

	Резецировать
	Ушивается
84	Костнопластический материал при открытом синус-лифтинге укладывается
	На дно верхнечелюстной пазухи
	На переднюю стенку верхнечелюстной пазухи
	На все стенки верхнечелюстной пазухи
	На верхнюю стенку верхнечелюстной пазухи
85	К осложнениям при проведении синус-лифтинга относят
	Синусит
	Кровотечение
	Разрыв слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи
	Неконтролируемый костный рост в средней зоне лица
	Формирование ороантрального соустья
86	Препараты, назначаемые после оперативного вмешательства
	Антиагреганты
	Антигистаминные препараты
	Антибактериальные препараты
	Противовоспалительные препараты
	Блокаторы протонной помпы
87	Синус-графтинг - это
	Расщепление костной ткани альвеолярного гребня верхней челюсти
	Наращивание костной ткани в полости верхнечелюстной пазухи
	Наращивание костной ткани альвеолярного гребня верхней челюсти
88	Минимальный срок, по истечении которого после синус-лифтинга можно проводить

	дентальную имплантацию
	3-6 месяцев
	Не менее 12 месяцев
	Не более 2 месяцев
	6-8 месяцев
89	Укажите стенку верхнечелюстной пазухи, участвующую в остеоинтеграции при синус-лифтинге
	Нижняя стенка
	Задняя стенка
	Передняя стенка
	Верхняя стенка
90	Отдаленная связанная кожная пластика по В.П. Филатову - это метод пластики
	Расщепленным кожным лоскутом
	Мостовидным лоскутом
	Артеризованным кожно-жировым лоскутом
	Мигрирующим стебельчатым лоскутом
91	При ксеногенной трансплантации при заборе и пересадке тканей донор и реципиент
	Одно и то же лицо
	Однояйцевые близнецы
	Родственники первой ступени
	Представители одного биологического вида
	Принадлежат к разным биологическим видам
92	Основание при врожденных расщелинах верхней губы и альвеолярного отростка
	смещено в здоровую сторону
	расположено по средней линии

	смещено в сторону расщелины
93	Показанием к проведению пластики встречными треугольными лоскутами при наличии эпикантуса у пациента является
	Встречный обмен тканей
	Удлинение ткани в направлении среднего разреза
	Замещение дефекта кожи
94	Медиальная кантопексия применяется для устранения
	Эпикантуса
	Телекантуса
	Эпиблефарона
	Птоза
95	Расщепленный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности
	Внутренней поверхности плеча
	Передней поверхности живота
	Наружной поверхности бедра
	Боковой поверхности шеи
96	При укушенной ране нижней губы с дефектом тканей рану следует
	Ушить наглухо
	Не ушивать
	Наложить провизорные швы
	Пластически закрыть дефект местными тканями
97	Задние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва на уровне
	До входа нерва в глазницу
	В заднем отделе подглазничного канала

	В переднем отделе подглазничного канала
	После выхода нерва из подглазничного канала
98	Показанием для проведения вторичной костной пластики является
	Секвестрэктомия
	Врожденные деформации челюстей
	Удаление доброкачественных опухолей челюстей
	Удаление злокачественных опухолей челюстей
99	Местными поздними осложнениями после пересадки свободной кожи являются
	Некроз лоскута
	Кровотечение из лоскута
	Гиперпигментация
	Парестезия
	Гематома
100	Энофтальм у пациентов с посттравматической деформацией средней зоны лица чаще всего обусловлен
	Переломом стенки глазницы
	Ущемлением глазодвигательных мышц глаза
	Наличием ретробульбарной гематомы
	Отрывом медиальной канальной связки
101	Из скольких слоев клеток состоит эпидермис?
	Три слоя клеток
	Четыре слоя клеток
	Пять слоёв клеток
	Шесть слоёв клеток

102	Линии Лангера на лице
	Соответствуют расположению пучков коллагеновых волокон
	Являются проекцией на коже ветвей лицевого нерва
	Разделяют лицо на антропометрические зоны
	Соответствуют ходу мимических мышц
103	Точка Киллиана находится
	В основании колумеллы
	В области перегородки носа
	В месте соединения больших крыльных хрящей
	В области нижней носовой раковины
104	Основной особенностью закрытой ринопластики является
	Произведение коррекции через разрезы, проходящие по крыльям носа
	Произведение коррекции через разрез, проходящий по кожной части носовой перегородки
	Произведение коррекции через разрезы, расположенные внутри носовых ходов
	Коррекция хрящевого отдела носа
105	Септопластика - это
	Операция по устранению седловидной деформации спинки носа
	Операция на перегородке носа
	Операция по коррекции кончика носа
	Операция по удалению нижних носовых раковин
106	Нос «попугайчика» является осложнением ринопластики при работе на
	Горбинке носа
	Хрящевом отделе носа
	Перегородке носа

	Раковинах носа
107	При устранении лопухости основная хирургическая коррекция хряща проводится в области
	Козелка
	Противокозелка
	Завитка
	Противозавитка
108	«Круглый» или «рыбий глаз» как осложнение возникает при проведении блефаропластики по причине
	Повреждения конъюнктивы глаза
	Недостаточного иссечения жировых грыж
	Повреждения зрачка
	Чрезмерного иссечения избытков кожи век
109	Глубокая ритидэктомия включает в себя
	RF - лифтинг
	Синус - лифтинг
	SMAS - лифтинг
	LPG - лифтинг
110	Через околоушную слюнную железу проходит
	Лицевой нерв
	Задний ушной нерв
	Ушно-височный нерв
	Тройничный нерв
111	Кровоснабжение поднижнечелюстной железы осуществляется за счет следующих артерий
	Внутренней сонной артерий

	Верхнечелюстной и лицевой артерий
	Лицевой, язычной и подподбородочной артерий
	Верхней щитовидной артерии
	Лицевой, язычной и верхней щитовидной артерий
112	При хроническом сиаладените выделяют следующие формы
	Ацинарная, протоковая, интерстициальная
	Паренхиматозная, лимфоцитарная, интерстициальная
	Протоковая, паренхиматозная, лимфоидная
	Ранняя, поздняя, перемежающаяся
	Паренхиматозная, протоковая, интерстициальная
113	Паротит Герценберга - это
	Вирусное заболевание
	Воспаление лимфатических узлов в толще околоушной слюнной железы
	Врожденная атрезия протоков околоушной слюнной железы
	Паротит туберкулезной этиологии
114	Наиболее часто камни образуются в протоках слюнных желез
	Малых
	Околоушных
	Подъязычных
	Поднижнечелюстных
115	Наиболее информативным методом диагностики сиалолитиаза из указанных является
	Сиалосцинтиграфия
	Эхосиалография
	Сиалография

	Термовизиография
116	Симптом «слюнной колики» возникает по причине
	Обильного слюноотделения
	Задержки слюны в железе
	Гнойного расплавления тканей в паренхиме слюнной железы
	Кровоизлияния в паренхиму слюнной железы
117	Сиалодохит является
	Самостоятельным заболеванием и симптомом хронического сиаладенита
	Самостоятельным заболеванием
	Симптомом хронического сиаладенита
118	Укажите клинические синдромы, указывающие на наличие у пациента синдрома Шегрена
	Ксеростомия и ксерофтальмия
	Ксеростомия, ксерофтальмия, ревматический полиартрит
	Ксерофтальмия, ревматоидный полиартрит, ахилический гастрит
	Ксерофтальмия, ревматический полиартрит, кариес зубов
119	Увеличение всех слюнных и слёзных желёз отмечается у пациента при
	Синдроме Микулича
	Болезни Микулича
	Синдроме Шегрена
	Синдроме Хеерфорда
120	Источником заражения и распространения эпидемического паротита является
	Грызуны
	Больной
	Кровососущие насекомые

	Крупный рогатый скот
121	Длина выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы составляет
	2-3 см
	3-4 см
	5-7 см
	7-10 см
122	Выводной проток околоушной слюнной железы открывается на слизистой оболочке щеки в преддверии рта напротив
	Первого верхнего моляра
	Второго верхнего премоляра
	Второго верхнего моляра
	Третьего верхнего моляра
123	Триада, включающая в себя припухлость околоушной слюнной железы, иридоциклит и парез лицевого нерва, встречается при
	Синдроме Хеерфорда
	Синдроме Шегрена
	Синдроме Микулича
	Болезни Микулича
124	Возбудителем эпидемического паротита является
	Диплококк
	Стрептококк
	Стафилококк
	Фильтрующий вирус
125	При эпидемическом паротите поражается
	Строма слюнной железы

	Паренхима слюнной железы
	Вартонов проток
	Стенонов проток
126	Укажите препарат, стимулирующий слюноотделение
	Атропин
	Пилокарпин
	Хлоргексидин
	Хлористый калий
127	Укажите препарат, подавляющий слюноотделение
	Атропин
	Пилокарпин
	Хлоргексидин
	Йодистый калий
	Цианистый калий
128	Осложнением хронического калькулезного сиалоаденита является
	Невралгия
	Абсцедирование
	Синдром Олбрайта
	Нарушение минерального обмена
	Рефлекторная гиперсаливация
129	Сиаладеноз развивается вследствие
	Закупорки выводного протока
	Наличия сопутствующих заболеваний
	Травмы слюнной железы

	Образования ретенционной кисты
130	Наиболее часто пациенты со слюннокаменной болезнью жалуются на
	Боль и припухлость железы во время еды
	Сухость полости рта
	Головокружение и слабость
	Повышение кровяного давления
131	При расположении камня в переднем отделе вартонова протока конкремент удаляют с применением
	Наружного доступа
	Экстирпации слюнной железы
	Внутриротового доступа
	Дистанционного дробления конкремента
132	Оперативное вмешательство при хронических сиалоаденитах проводится
	При сильных болях
	При абсцедировании железы
	При множественных полостях в железе
	При наличии гнойного отделяемого из протоков
133	Лечение эпидемического паротита заключается
	В проведении лучевой терапии
	В бужировании стеноза протока
	В проведении симптоматической терапии
	В проведении контрастной сиалографии
134	Полный слюнной свищ возникает в результате
	Наличия дефекта стенки протока

	Расширения внутри- или внежелезистой части протока
	Полного разрыва или пересечения протока
	Изгиба внутрижелезистой части протока
135	Неполный свищ возникает в результате
	Наличия дефекта стенки протока
	Полного пересечения или разрыва протока
	Изгиба внутрижелезистой части протока
	Расширения внутри- или внежелезистой части протока
136	При полном свище слюна вытекает из поврежденной части железы
	Как через наружный свищ, так и через устье выводного протока
	Слюна скопилась и не вытекает из образовавшейся полости
	Только через наружный слюнный свищ
	Через устье выводного протока
137	При неполном слюнном свище околоушной слюнной железы окрашиваемая жидкость, вводимая через наружный свищ
	Попадает в полость рта через устье выводного протока
	Не проникает в полость рта
	Скапливается в железе
138	Назовите синоним боковой кисты шеи
	Дермоидная киста
	Эпидермоидная киста
	Кистозная тератома
	Бранхиагенная киста
139	Назовите синоним срединной кисты шеи

	Дермоидная киста
	Эпидермоидная киста
	Кистозная тератома
	Бранхиогенная киста
	Тиреоглоссальная киста
140	Назовите вид кист, которые при глотательных движениях смещаются кверху
	Эпидермоидные кисты
	Дермоидные кисты
	Эпидермальные кисты
	Срединные кисты шеи
	Боковые кисты шеи
141	Укажите пару жаберных карманов, аномалия развития которых приводят к образованию боковых кист и свищей шеи
	1-ая пара
	2-ая пара
	3-я пара
	1-ой и 2-ой пар
	2-ой и 3-ей пар
142	Боковая киста шеи снаружи располагается
	Под грудинно-ключично-сосцевидной мышцей
	Под задним брюшком двубрюшной мышцы или шило-подъязычной мышцей
	Около внутренней яремной вены на уровне бифуркации общей сонной артерии
	Кпереди от грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
143	Одним из опасных осложнений, которое может возникнуть в послеоперационном периоде при хирургическом лечении срединных кист является

	Воспаление легких
	Тромбофлебит угловой вены лица
	Тромбоз пещеристого синуса
	Отек гортани
	Медиастинит
144	Укажите вид лечения боковых кист шеи
	Только консервативное
	Как хирургическое, так и консервативное
	Только хирургическое
145	Укажите виды кист, относящиеся к врожденным опухолеподобным образованиям
	Посттравматические кисты
	Кисты слизистых желез верхнечелюстных пазух
	Срединные кисты шеи
	Эпидермальные кисты
146	Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид
	Гноя
	Лимфы
	Крови
	Мутной жидкости
	Прозрачной опалесцирующей жидкости
147	Типичным оперативным доступом для удаления боковой кисты шеи является разрез
	В надключичной области
	По переднему краю m. trapezius
	По переднему краю жевательной мышцы

	Горизонтально по верхней шейной складке
148	Для подтверждения диагноза «боковая киста шеи» проводится исследование
	Биохимическое
	Цитологическое
	Радиоизотопное
	Реакция Вассермана
149	СХПГ – это
	Медицинский пункт полка
	Батальонный медицинский пункт
	Отдельный медицинский батальон
	Полевой подвижный химический гарнизон
	Специализированный хирургический подвижной полевой госпиталь
150	ОМедБ – это
	Медицинский пункт полка
	Основная медицинская база
	Батальонный медицинский пункт
	Отдельный медицинский батальон
	Специализированный хирургический подвижной полевой госпиталь
151	Обязательным мероприятием при проведении первичной хирургической обработки ран лица является введение
	Противостолбнячной сыворотки
	Антирабической сыворотки
	Стафилококкового анатоксина
	Гамма-глобулина

152	Основная задача доврачебной помощи раненым в челюстно-лицевую область
	Напоить раненого
	Наложить повязку
	Перенести в укрытие
	Устранить угрозу асфиксии
153	Первичная хирургическая обработка ожога включает в себя
	Иссечение обожженной кожи
	Антисептическую обработку кожи вокруг ожога
	антисептическую обработку кожи вокруг ожога, удаление крупных пузырей и очищение загрязнения, наложение мазевой повязки
154	МПП - это
	Медицинский пункт полка
	База основной медицинской поддержки
	Батальонный медицинский пункт
	Полевой подвижный хирургический госпиталь
155	ППХГ - это
	Медицинский пункт полка
	Батальонный медицинский пункт
	Отдельный медицинский батальон
	Полевой подвижной хирургический госпиталь
156	Укажите лечебные мероприятия при стенотической асфиксии
	Трахеотомия
	Введение воздуховода
	Удаление инородного тела
	Восстановление анатомического положения органа

157	Первый этап медицинской эвакуации, где находится врач-стоматолог
	Сортировочный пункт
	Медицинский пункт полка
	Отдельный медицинский батальон
	Отделение специализированного госпиталя
	Полевой подвижный специализированный госпиталь
158	Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает
	Врач
	Санитарный инструктор
	Эпидемиологическая служба
	Служба медицинской разведки полка
159	Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение
	Первого часа
	8-12 часов
	24-48 часов
	72 часов
160	Во время ПХО огнестрельной раны ЧЛЮ проводят
	Ревизию раневого канала
	Удаление инородных тел, сгустков крови, осколков костей и зубов
	Остановку кровотечения
	Удаление нежизнеспособных тканей
	Фиксацию отломков
	Реплантация зубов в щели перелома

161	Обязательным симптомом перелома основания черепа является
	Ликворея
	Кровотечение из носа
	Патологическая подвижность костных отломков
	Экзофтальм
162	Основным симптомом перелома верхней челюсти является
	Головная боль
	Носовое кровотечение
	Патологическая подвижность отломков верхнечелюстных костей
	Разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков верхнечелюстных костей
163	Основные жалобы при переломе верхней челюсти
	Боль, сухость во рту, кровоподтеки
	Нарушение прикуса, боль, припухлость
	Резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
	Кровотечение, двоение в глазах, рвота
164	Укажите ортопедический метод иммобилизации переломов верхней челюсти
	Наложение аппарата Збаржа
	Наложение дуги Энгля
	Наложение бимаксиллярных шин
	Остеосинтез верхней челюсти
165	Вывих зуба бывает
	Неполный
	Полный
	Поперечный

	Вколоченный
	Продольный
166	Основные симптомы перелома скуловой кости
	Гематома в области нижнеглазничного края
	Деформация спинки носа, симптом «очков»
	«Симптом ступеньки», диплопия
	Кровоизлияние в нижнее веко
167	Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют
	Шпатель
	Зажим Кохера
	Крючок Фарабефа
	Крючок Лимберга
168	Доврачебная помощь при лечении ожогов заключается в
	Вскрытии пузырей, наложение марлевой повязки
	Введение анальгетиков, антигистаминных и сердечно-сосудистых препаратов
	Дезинтоксикационной терапии
	Наложении антисептической повязки
169	Укажите особенность ожогов лица
	Течение раневого процесса
	Значительная аутоинтоксикации
	Неравномерное поражение кожи лица
	Быстрое развитие гнойно-септических осложнений
170	Укажите объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый на месте происшествия

	Исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
	Исправление повязки, обезболивание, введение антибиотиков и сердечно-сосудистых препаратов
	Первичная хирургическая обработка ожога
	Наложение сухой асептической повязки, обезболивание
171	Укажите отличие огнестрельных ранений лица от других видов ран
	Особенность раневого канала
	Быстрые развитие осложнений
	Сроки эпителизации раны
	Несоответствие внешнего вида раны со степенью тяжести ранения
172	Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей
	Особенностью раневого канала
	Сроками эпителизации раны
	Быстрым развитием осложнений
	Наличием в ране вторичных ранящих снарядов
173	Вторичными ранящими снарядами называются
	Разрывные пули
	Осколки снаряда
	Стреловидные элементы
	Зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета
174	Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента в течение
	Первого часа
	8-12 часов
	24 часов
	48 часов

	72 часов
175	Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является
	Травматический остеомиелит
	Кровотечение
	Возникновение абцесса, флегмоны
	Неврит лицевого нерва
176	Слепые изолированные ранения мягких тканей лица чаще отмечены в
	Области верхней и нижней губы
	Подбородочной области
	Области боковой поверхности лица
	Области век
177	Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является
	Шок
	Коллапс
	Травматический остеомиелит
	Потеря сознания
178	Врач-стоматолог на МПП работает:
	В отдельной палате УСБ-56
	В перевязочной
	На СП
	В операционной
179	Военно-врачебная экспертиза проводится
	Начальником МПП
	Начальником ОмедБ

	Начальником СХППГ
	Военно-врачебной комиссией
180	При огнестрельном переломе нижней челюсти и облучении в дозе 2.5 Гр пациент получил повреждение
	Изолированное
	Сочетанное
	Множественное
	Комбинированное
181	При двух травмах, нанесенных одним ранящим снарядом в области угла рта и в околоушно-жевательной области с той же стороны, это ранение является
	Слепым
	Касательным
	Сквозным
	Колотым
182	Укажите специалистов, входящих в штат СХППГ
	Врач-офтальмолог, врач-стоматолог
	Врач-нейрохирург, врач-офтальмолог
	Врач-офтальмолог, врач-нейрохирург, врач-стоматолог
	Врач-офтальмолог, врач-нейрохирург, врач-стоматолог, врач-отоларинголог
183	Укажите минимальную площадь стоматологического кабинета
	7 кв. м
	14 кв. м
	21 кв. м
	25 кв. м
184	На каждое дополнительное стоматологическое кресло требуется площадь не менее

	5 кв. м
	7 кв. м
	9 кв. м
	14 кв. м
185	Укажите материал, которым должен быть покрыт пол стоматологического кабинета
	Древесноволокнистая плита, покрашенная масляной краской
	Древесноволокнистая плита, покрашенная нитрокраской
	Линолеум
	Полихлорвиниловая плитка
186	Укажите обязательный антисептик, расположенный на верхней полочке инструментального столика врача-стоматолога
	96% р-р спирта
	0,02% р-р марганцево-кислого калия
	Раствор фурацилина 1:5000
	10% раствор нитрата серебра
	Йодинол
187	Укажите обязательный антисептик, расположенный на верхней полочке инструментального столика врача-стоматолога
	0,02% р-р марганцево-кислого калия
	3% раствор перекиси водорода
	Раствор фурацилина 1:5000
	10% раствор нитрата серебра
	Йодинол
188	Рабочее место врача-стоматолога оснащается
	Электроодонтометром

	Реопародонтографом
	Стоматоскопом
	Рентгенустановкой
189	Рабочее место врача-стоматолога оснащается
	Реопародонтографом
	Стоматоскопом
	Визиографом
	Рентгенустановкой
190	Антисептика – это
	Система мероприятий по профилактике возникновения раневой инфекции (стерилизация белья, шовного и перевязочного материала, инструментария, подготовка рук стоматолога, подготовка операционного поля)
	Система мероприятий направленных на борьбу с микроорганизмами, находящихся и развивающихся в тканях и органах пациента
	Первичная хирургическая обработка
	Рациональная антибактериальная терапия
191	Асептика – это
	Система мероприятий по профилактике раневой инфекции (стерилизация белья, шовного и перевязочного материала, инструментария, подготовка рук стоматолога, подготовка операционного поля)
	Система мероприятий, направленных на борьбу с микроорганизмами, находящихся и развивающихся в тканях и органах больного
	Первичная хирургическая обработка
	Рациональная антибактериальная терапия
192	Укажите первый этап предстерилизационной обработки инструментов
	Замачивание инструментов в 2% растворе хлорамина
	Ополаскивание проточной водой

	Замачивание в моющем растворе на 15 минут при температуре 50 градусов С
	Мытье инструментов в мыльном растворе
193	Укажите второй этап предстерилизационной обработки инструментов
	Замачивание в моющем растворе на 15 минут при температуре 50 градусов С
	Замачивание инструментов в 2% растворе хлорамина
	Ополаскивание проточной водой
	Мытье инструментов в мыльном растворе
194	Укажите третий этап предстерилизационной обработки инструментов
	Замачивание в моющем растворе на 15 минут при температуре 50 градусов С
	Замачивание инструментов в 2% растворе хлорамина
	Ополаскивание проточной водой
	Мытье инструментов в мыльном растворе
195	В сухожаровом шкафу инструментарий стерилизуется при температуре
	100 градусов С
	120 градусов С
	180 градусов С
	200 градусов С
196	Укажите метод стерилизации, используемый для стерилизации лотков
	Сухожаровая стерилизация
	Автоклавирование
	Химическая стерилизация
	Кипячение в масле
197	Назовите источники хирургической инфекции
	Контактный и имплантационный

	Воздушно-капельный и эндогенный
	Экзогенный и эндогенный
	Контактный и эндогенный
	Экзогенный и имплантационный
198	В рану экзогенная инфекция может проникнуть
	Воздушно-капельным, гематогенным и имплантационным путями
	Контактным, лимфогенным и воздушно-капельным путями
	Контактным, воздушно-капельным и имплантационным путями
	контактным, с носоглотки персонала и гемато-генным путем
199	Эндогенная инфекция в рану может проникнуть
	Гематогенным путем
	Воздушно-капельным путем
	Имплантационным путем
	Контактным путем
200	Имплантационная инфекция – это инфекция, попадающая в рану
	Из воздуха с каплями жидкости
	С инструментов
	С рук хирурга
	С шовного и пластического материала
	Из кишечного тракта больного
201	Контактная инфекция – это инфекция, попадающая в рану
	С шовным материалом
	Из воздуха
	С хирургического инструмента

	Гематогенным путем
202	Укажите вид чувствительности, блокада которого наблюдается при проводниковой анестезии
	Тактильная
	Болевая
	Температурная
	Вкусовая
	Секреторная
203	Длительность (продолжительность) анестетического действия новокаина равна
	до 30 минут
	около 1 часа
	более 2 часов
	до 10-12 часов
204	Назовите химическую формулу новокаина
	Этиловый эфир карбоновой кислоты тартрат
	альфа-диэтиламино-2,4,6-триметилацетанилида гидрохлорид
	П-диэтиламиноэтаноловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид
	альфа-диэтиламино-2,6-диметилацетанилида гидрохлорид
205	Укажите среду, в которой легко гидролизуется раствор новокаина
	Кислая
	Щелочная
	Нейтральная
206	Укажите фермент, который участвует в гидролизе новокаина
	Холинэстераза и новокаинэстераза

	Ацетилхолиназа
	Новокаингидролизин и ацетилхолина
	Бета-лактомаза
207	По химическому строению новокаин сходен с сульфаниламидами за счет
	Диэтиламиноэтанола
	Парааминобензойной кислоты
	Диметилацетонилида
	Артикаинагидрохлорида
208	Назовите химическую формулу лидокаина
	Этиловый эфир карбоновой кислоты тартрат
	Альфа-диэтиламино-2,4,6-триметилацетанилида гидрохлорид
	Бета-диэтиламиноэтаноловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид
	Альфа-диэтиламино-2,6-диметилацетанилида гидрохлорид
209	Укажите концентрацию раствора лидокаина, используемого для проводниковой анестезии
	0,5%
	2%
	5%
	10%
210	Укажите концентрацию раствора лидокаина, используемого для аппликационной анестезии
	0,5%
	2%
	5%
	10%

211	Укажите препараты, с которыми нежелательно сочетать лидокаин
	Вазоконстрикторы
	Физиологический раствор
	Бета-адреноблокаторы, барбитураты, мышечные релаксанты
	Сульфаниламидные препараты
212	Назовите химическую формулу ультракаина
	Этиловый эфир карбоновой кислоты тартрат
	Альфа-диэтиламино-2,4,6-триметилацетанилида гидрохлорид
	Бета-диэтиламиноэтаноловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид
	Альфа-диэтиламино-2,6-диметилацетанилида гидрохлорид
	Артикаина гидрохлорид
213	Укажите во сколько раз ультракаин токсичнее новокаина
	в 2 раза
	в 3 раза
	в 4-5 раз
	в 6-8 раз
214	Для инфильтрационной анестезии предназначен
	Ультракаин Д-С
	Ультракаин А
	Ультракаин Д-С форте
	Ультракаин В
215	Укажите расстояние от нижнечелюстного отверстия до переднего края ветви нижней челюсти по данным С.Н. Вайсблата
	Около 5 мм
	Около 10 мм

	Около 15 мм
	Более 20 мм
216	Укажите уровень вкола иглы при внутриротовом (пальцевом) методе мандибулярной анестезии по отношению к жевательной поверхности нижних моляров у взрослых
	На 1 см выше уровня жевательной поверхности
	На 0.5 см выше уровня жевательной поверхности
	Соответственно уровню жевательной поверхности
	На 0.5 см ниже уровня жевательной поверхности
217	Укажите чувствительные ветви, «выключаемые» при пальцевом способе внутриротовой мандибулярной анестезии
	Нижнелуночковая
	Язычная
	Щечная
	Нижнелуночковая и язычная
	Нижнелуночковая, язычная и щечная
218	Укажите ориентир, используемый для проведения аподактильной мандибулярной анестезии
	Вершина ретромолярного треугольника
	Середина крыловидно-нижнечелюстной складки
	Область суставного отростка нижней челюсти
	Нижнечелюстное возвышение
219	Укажите ориентир, используемый для проведения аподактильной мандибулярной анестезии по Гоу-Гейтсу?
	Вершина ретромолярного треугольника
	Середина крыловидно-нижнечелюстной складки
	Область суставного отростка нижней челюсти

	Нижнечелюстное возвышение
	Вершина ретромолярного треугольника
220	Укажите, с какой ветвью тройничного нерва связан крыловидно-небный узел
	С первой
	Со второй
	С третьей
221	Целевым пунктом при инфраорбитальной анестезии является
	Нижнечелюстной канал
	Круглое отверстие
	Крыловидно-небный канал
	Подглазничный канал
	Подвисочная ямка
222	Расстояние от нижнеглазничного края до подглазничного отверстия у взрослого человека равно
	1-2 мм
	4-8 мм
	9-12 мм
	13-20 мм
223	Укажите место вкола иглы при внутриротовом методе инфраорбитальной анестезии
	Место проекции корней верхнего центрального и бокового резца
	Над верхним клыком
	Над верхним первым и вторым премоляром
	В области основания резцового сосочка
224	Целевым пунктом туберальной анестезии является

	Подглазничный нерв
	Передние верхние альвеолярные нервы
	Средние верхние альвеолярные нервы
	Задние верхние альвеолярные нервы
225	Глубина продвижения иглы при проведении туберальной анестезии равна
	До 1.0 см
	1.0-1.5 см
	2.0-2.5 см
	3.0-3.5 см
226	Большое небное сплетение находится кпереди от заднего края твердого неба на
	1-2 мм
	2-3 мм
	Около 5 мм
	До 1 см
	До 1.5 см
227	При проведении резцовой анестезии обезболивается
	I ветвь тройничного нерва
	II ветвь тройничного нерва
	III ветвь тройничного нерва
	Большой небный нерв от крылонебного ганглия
	Носонебный нерв от крылонебного ганглия
228	Для проведения обезболивания щечного нерва вкол иглы проводят под слизистую оболочку по переходной складке в области
	Второго нижнего моляра
	Между вторым и третьим нижними молярами

	Первого нижнего моляра
	Второго нижнего премоляра
	Второго премоляра и первого нижнего моляра
229	При подскуловом методе мандибулярной анестезии Берше предложил проводить вкол иглы
	По середине трагоорбитальной линии на 1.5-2 см ниже края скуловой дуги и продвигать до наружной поверхности ветви нижней челюсти
	На 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2-2.5 см
	На 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3-3.5 см
	На 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4.5 см
230	Подскуловой путь мандибулярной анестезии по М.Д. Дубову
	По середине трагоорбитальной линии на 1.5-2 см ниже края скуловой дуги и продвигать до наружной поверхности ветви нижней челюсти
	На 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2-2.5 см
	На 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3-3.5 см
	На 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4.5 см
231	Ментальное отверстие находится
	Под клыком
	Под первым премоляром
	Под вторым премоляром или между первым и вторым премоляром
	Между вторым премоляром и первым моляром
	Между первым и вторым моляром
232	При проведении внеротовой подчелюстной мандибулярной анестезии от заднего края нижней челюсти отступают на
	0.5 см
	1 см

	1.5 см
	2 см
	2.5 см
233	Показанием к плановому удалению зуба является
	Острый гнойный периодонтит
	Обострившийся хронический периодонтит
	Хронический периодонтит
	Хронический пульпит
234	Плановое удаление зубов после инфаркта миокарда в анамнезе можно проводить через
	Через 1 неделю
	Через 3-4 недели
	Через 1-2 месяца
	Через 6 месяцев
	Через 1-2 года
235	Временные противопоказания к удалению зуба при беременности могут возникнуть в сроки
	В 1-2 и 8-9 месяцы
	Во 2-3 и 6-7 месяцы
	В 3-4 месяц
	В 5-6 месяц
236	Если на щечках щипцов имеются шипы, то они предназначены для удаления
	Верхних премоляров
	Верхних моляров
	Нижних премоляров
	Нижних моляров

237	При удалении нижних фронтальных зубов врач находится
	Справа и сзади от пациента
	Слева и сзади от пациента
	Справа и несколько впереди от пациента
	Произвольное, удобное для врача положение
238	При удалении правых нижних моляров и премоляров врач находится
	Справа и сзади от пациента
	Слева и сзади от пациента
	Справа и несколько впереди от пациента
	Произвольное, удобное для врача положение
239	При удалении левых нижних моляров и премоляров врач находится:
	Справа и сзади от пациента
	Слева и сзади от пациента
	Справа и несколько впереди от пациента
	Произвольное, удобное для врача положение
240	Первое раскачивающее движение при удалении зубов на нижней челюсти делают
	Кнаружи, кроме удаления второго и третьего моляра
	Кнаружи, кроме удаления моляров
	Кнутри, кроме удаления моляров
	Кнутри, кроме удаления премоляров и моляров
241	Эпителизация лунок однокорневых зубов после удаления происходит на
	10-12 день
	12-16 день
	16-18 день

	20-22 день
	24-30 день
242	Задержка эпителизации лунки при наличии воспаления в однокорневых зубах наблюдается на срок в
	1 неделю
	2 недели
	3 недели
	4 недели
243	Положение врача при удалении верхних зубов
	Слева и спереди от больного
	Справа и спереди от больного
	Спереди и на стороне, соответствующей удаляемому зубу
	Произвольное, удобное для врача положение
244	Первое раскачивающее движение шестого верхнего зуба при его удалении делают
	Кнаружи
	Вовнутрь
	Как кнаружи, так и вовнутрь
245	Первое раскачивающее движение при удалении зубов на верхней челюсти делают
	Вовнутрь, кроме удаления шестого зуба
	Вовнутрь, кроме удаления моляров
	Кнаружи, кроме удаления шестого зуба
	Кнаружи, кроме удаления моляров
	Вовнутрь, кроме удаления премоляров и моляров
246	Эпителизация лунок многокорневых зубов происходит после удаления на

	14-18 сутки
	19-23 сутки
	24-28 сутки
	29-32 сутки
247	Лунка после удаления зуба в норме полностью заполняется грануляционной тканью в срок
	3-4 дня
	7-8 дней
	Через 2 недели
	Через 3 недели
248	Острый альвеолит бывает
	Серозным и гнойно-некротическим
	Гнойным и гнойно-некротическим
	Серозный и гипертрофическим
	Катаральным и гнойным
249	Каким методом нужно проводить удаление корня зуба, протолкнутого в верхнечелюстную пазуху:
	Методом Пихлера
	Методом гайморотомии с местной пластикой соустья
	Методом гайморотомии без местной пластикой соустья
	Не проводят, оставляя корень в верхнечелюстной пазухе до появления клинической симптоматики гайморита
250	Лунка зуба после удаления рентгенологически неотличима от окружающей ткани (при неосложненном заживлении)
	К концу первого месяца
	На 2-4 месяц
	На 4-6 месяц

	На 7-8 месяц
	на 8-9 месяц
251	Протолкнутый в мягкие ткани корень (зуб), нужно (можно) удалять не ранее, чем через
	Не ранее, чем через 1 неделю
	Не ранее, чем через 2 недели
	Не ранее, чем через 3 недели
	Не ранее, чем через 4 недели
252	Суточная доза аминокaproновой кислоты (сухого вещества) для взрослого человека равна
	2.0 граммам
	4.0 граммам
	5.0-8.0 граммам
	10.0-15.0 граммам
	20.0-30.0 граммам
253	При гипопротромбинемии для остановки кровотечения необходимо назначить
	Аминокaproновую кислоту или Амбен (Памба)
	Рутин или Аскорутин
	Фитоменадион или Викасол
	Клофелин, Раунатин
254	Для остановки кровотечения при повышении фибринолитической активности крови следует применить
	Аминокaproновую кислоту или Амбен (Памба)
	Рутин или Аскорутин
	Фитоменадион или Викасол
	Клофелин, Раунатин
255	Для остановки кровотечения при повышенной проницаемости сосудов необходимо

	назначить
	Аминокапроновую кислоту или Амбен (Памба)
	Рутин или Аскорутин
	Фитоменадион или Викасол
	Клофелин, Раунатин
256	К ингибиторам фибринолиза относят
	Преднизолон, Гидрокортизон
	Криопреципитат
	Контрикал, Гордокс
	Эритроцитарная масса
	Альбумины, глобулины
257	Специфическая гемостатическая терапия больных гемофилией заключается в назначении
	Преднизолон, Гидрокортизон
	Криопреципитат
	Контрикал, Гордокс
	Эритроцитарная масса
	Альбумины, глобулины
258	Токсичность новокаина проявляется и колеблется в дозе более, чем
	1 мг на 1 кг веса пациента
	5 мг на 1 кг веса пациента
	15 мг на 1 кг веса пациента
	20 мг на 1 кг веса пациента
259	Усиливает симптомы интоксикации новокаином недостаток витамина
	В1

	В6
	В12
	Аскорбиновой кислоты
	Никотиновой кислоты
260	Для снятия возбуждения при тяжелой интоксикации новокаином назначают
	5-10% раствор Гексенала, 2.5% раствор Аминазина
	0.05% раствор Строфантина, 0,06% раствора Коргликона
	Фуросемид, Маннит
	Раствор Рингера, физиологический раствор
261	Ряд неблагоприятных эффектов адреналина можно снять
	Кордиамином
	Строфантином, Коргликоном
	Энаприлином, Нитроглицерином
	Атропином
	Изадрином
262	Для снятия стенокардии необходимо назначить
	Валидол, Корвалол, Валокардин
	Строфантин, Коргликон
	Анаприлин, Фентоламин, Тропафен
	Фуросемид, Маннит
263	Положение Тренделенбурга – это когда
	Голова находится ниже ног пациента (в горизонтальном положении)
	Сидя в кресле голову больного наклоняют вперед
	Пациент лежит на боку

	Пациент лежит на спине, подняв нижние конечности под углом 45 градусов
264	На 1 грамм сухого вещества глюкозы необходимо вводить инсулина
	1 ЕД
	2 ЕД
	5 ЕД
	9 ЕД
	15 ЕД
265	При бронхоспазме назначают
	Дипрофиллин, Эуфиллин
	Тавегил, Диазолин
	Фуросемид, Маннит
	Строфантин, Коргликон
266	В первые часы после образования гематомы больному назначают:
	Сухое тепло, согревающие компрессы
	Холод (лед)
	УВЧ, СВЧ
	Препараты гидрокортизона
267	Периодонтит – это
	Воспалительный процесс, поражающий ткани только периодонта
	Воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры
	Заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти
268	Развитие периодонта происходит за счёт тканей
	Адамантобластов (амелобластов)

	Центральной части зубного сосочка
	Мезенхимальных клеток наружного слоя зубного мешочка
269	По локализации гранулем различают
	Апикальные и латеральные гранулёмы
	Апикальные, апиколатеральные, латеральные и межкорневые гранулёмы
	Простые, сложные гранулёмы и кистогранулема
	Латеральные и межкорневые гранулёмы
270	Боли при остром серозном периодонтите
	Ноющие, нерезко выраженные, не иррадиируют, усиливаются при накусывании
	Ноющие, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании
	Острые, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, не усиливаются при накусывании, увеличиваются по ночам
	Острые, пульсирующие, иррадиируют, причинного зуба болезненна, усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, появляется ощущение «выросшего» зуба
271	Боли при остром гнойном периодонтите
	Ноющие, нерезко выраженные, не иррадиируют, усиливаются при накусывании
	Ноющие, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании
	Острые, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, не усиливаются при накусывании, увеличиваются по ночам
	Острые, пульсирующие, иррадиируют, причинного зуба болезненна, усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, появляется ощущение «выросшего» зуба
272	Слизистая оболочка альвеолярного отростка при остром гнойном периодонтите
	Синюшная, пастозная, симптом "вазопареза" положительный
	Гиперемирована, отечна, болезненна в пределах одного зуба, может быть инфильтрированной

	Без видимых изменений
	Бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, безболезненна
273	По формам периодонтитов различают
	Серозный, гнойный периодонтит
	Гранулирующий, фиброзный и гранулематозный периодонтит
	Апикальные, диффузные периодонтиты
	Острый, подострый, хронический периодонтит
274	Укажите основные признаки симптоматики хронического гранулирующего периодонтита
	Ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, иррадиируют, припухлости лица нет, регионарные лимфатические узлы незначительно увеличены, слегка болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализы крови без изменений
	Ноющие боли в зубе, припухлости лица нет, свищ на десне, со стороны слизистой оболочки симптом "вазопареза", на рентгенограмме - участок резорбции костной ткани с неровными и нечеткими контурами, анализы крови без изменений
	Острые пульсирующие, иррадиирующие боли, усиливаются при накусывании, зуб как бы "вырос", припухлость лица, лимфатические узлы увеличенные и болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализ крови - лейкоцитоз, увеличение СОЭ
	Болей в зубе нет, припухлость лица отсутствует, слизистая оболочка альвеолярного отростка без изменений, на рентгенограмме у верхушки корня зуба имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы и ровными краями
275	Укажите основные признаки острого гнойного периодонтита
	Ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, иррадиируют, припухлости лица нет, регионарные лимфатические узлы незначительно увеличены, слегка болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализы крови без изменений
	Ноющие боли в зубе, припухлости лица нет, свищ на десне, со стороны слизистой оболочки симптом "вазопареза", на рентгенограмме - участок резорбции костной ткани с неровными и нечеткими контурами, анализы крови без изменений
	Острые пульсирующие, иррадиирующие боли, усиливаются при накусывании, зуб как бы "вырос", припухлость лица, лимфатические узлы увеличенные и болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализ крови - лейкоцитоз, увеличение СОЭ
	Болей в зубе нет, припухлость лица отсутствует, слизистая оболочка альвеолярного отростка без изменений, на рентгенограмме у верхушки корня зуба имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы и ровными краями

276	Укажите размеры кистогранулемы
	До 0.5 см
	От 0.5 до 1.0 см
	От 1.0 до 2.0 см
	Более 2.0 см
277	Ширина периодонтальной щели нормально функционирующего зуба на нижней челюсти в среднем составляет
	0.05-0.10 мм
	0.10-0.15 мм
	0.15-0.22 мм
	0.20-0.25 мм
	0.25-0.30 мм
278	Ширина периодонтальной щели нормально функционирующего зуба на верхней челюсти в среднем составляет
	0.05-0.10 мм
	0.10-0.15 мм
	0.15-0.22 мм
	0.20-0.25 мм
	0.25-0.30 мм
279	Реплантация зуба - это
	Удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба
	Удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба
	Пересадка удаленного зуба в его же альвеолу
	Рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой

280	Гемисекция зуба - это
	Удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба
	Удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба
	Пересадка удаленного зуба в его же альвеолу
	Рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой
281	Ампутация зуба - это
	Удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба
	Удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба
	Пересадка удаленного зуба в его же альвеолу
	Рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой
282	Коронаро-радикулярная сепарация - это
	Удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба
	Удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба
	Пересадка удаленного зуба в его же альвеолу
	Рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой
283	Противопоказание к резекции верхушки корня зуба - это
	Перелом верхней трети корня зуба
	Апиколлатеральные и латеральные гранулемы
	Искривление верхушки корня, препятствующее проведению заапекальной терапии
	Поднадкостничная гранулема
	Перелом инструмента в корневом канале зуба

284	Показанием к гемисекции и ампутации корня является
	Значительный дефект костных тканей лунки зуба
	Наличие костного кармана в области одного из корней премоляра и моляра
	Зуб не представляет функциональной и косметической ценности
	Наличие сросшихся корней
285	Противопоказанием к гемисекции и ампутации корня является
	Наличие костного кармана в области одного из корней премоляра и моляра
	Пришеечный кариес одного из корней зуба
	Вертикальный перелом коронки и корня зуба
	Значительный дефект костных тканей лунки зуба
	Наличие межкорневой гранулемы
286	Противопоказанием к проведению коронаро-радикулярной сепарации является
	Перфорация дна пульпарной камеры с разрезанием верхушки межкорневой перегородки
	Наличие межкорневой гранулемы небольших размеров
	Патологические процессы в области межкорневой перегородки, устранение которых может привести к обнажению 1/3 длины корней и более
287	Проводить пломбирование корней зуба при выполнении операции резекции верхушки корня зуба следует
	Перед операцией
	После операции
	Перед операцией или после операции
	Во время операции
288	Аутотрансплантация - это пересадка удаленного зуба
	В его же альвеолу
	В другую альвеолу

	От организма другого вида человеку
	От одного человека другому человеку
289	Киста челюсти - это
	Опухолеподобное образование
	Опухоль соединительнотканная
	Эпителиальная опухоль
	Опухоль из зубообразующего эпителия
290	Псевдокиста в отличие от истинной кисты
	Лишена эпителиальной выстилки
	Имеет выстилку из многослойного, но обязательного неороговевшего эпителия
	Имеет выстилку из многослойного плоского ороговевшего эпителия
	Имеет выстилку из кубического эпителия
291	Резидуальными кистами челюстей могут быть кисты
	Радикулярные
	Фолликулярные
	Фиссуральные
	Эпидермоидные
292	Синонимом глобуломаксиллярной кисты является
	Носогубная киста
	Шаровидно-верхнечелюстная киста
	Носоальвеолярная киста
	Носонебная киста
	Киста резцового канала
293	Чаще всего оболочка радикулярной кисты выстлана

	Многослойным плоским эпителием с его полным ороговением
	Многослойным плоским эпителием без его полного ороговения
	Кубическим эпителием
	Цилиндрическим эпителием
	Мерцательным эпителием
294	Симптом парестезии губы при росте радикулярной кисты выявляется при ее локализации
	Только на нижней челюсти
	Только на верхней челюсти
	Как на верхней, так и на нижней челюсти
	Не характерен для радикулярной кисты
295	Валик Гербера — это
	Выпячивание кисты в преддверии полости рта во фронтальном отделе
	Выпячивание кисты в преддверии полости рта в боковых отделах челюсти
	Выпячивание кисты в нижнем носовом ходу
	Выпячивание кисты в среднем носовом ходу
296	Кисты челюстей могут быть
	Только одонтогенными
	Одонтогенными и неодонтогенными
	Одонтогенными, саливаторными, тонзиллогенными
	Одонтогенными, гингивальными, саливаторными
	Одонтогенными, мукостоматогенными
297	К неодонтогенным кистам челюстей относится
	Радикулярная
	Фолликулярная

	Парадентальная
	Эпидермоидная
	Носоальвеолярная
298	К одонтогенным кистам челюстей относится
	Носонебная
	Глобуломаксиллярная
	Носоальвеолярная
	Радикулярная
299	К одонтогенным кистам челюстей относится
	Носонебная
	Глобуломаксиллярная
	Носоальвеолярная
	Фолликулярная
300	К одонтогенным кистам челюстей относится
	Носонебная
	Глобуломаксиллярная
	Носоальвеолярная
	Парадентальная
301	Верхнечелюстная пазуха у взрослых выстлана эпителием
	Плоским неороговевающим
	Плоским ороговевающим
	Многослойным мерцательным
	Цилиндрическим
	Кубическим

302	Впервые предложил разделить одонтогенный гайморит на токсический и инфекционный
	Г.Н. Марченко
	М. Азимов
	И.Г. Лукомский
	В.Т. Пальчун и соавторы
303	Предложил выделять две формы одонтогенного воспаления верхнечелюстной пазухи: открытую и закрытую
	В.Е. Щегельский
	М. Азимов
	Г.Н. Марченко
	В.Т. Пальчун и соавторы
	И.Г. Лукомский
304	Наиболее частыми симптомами острого гайморита являются
	Иррадиация болей по ходу ветвей тройничного нерва
	Боль, чувство тяжести, давления и напряжения в соответствующей половине лица
	Выделение гноя или слизи из соответствующей половины носа
	Выраженная интоксикация, лихорадка
305	При остром гайморите чаще всего припухает
	Нижнее веко
	Подглазничная область
	Щечная область
	Скуловая область
306	При изучении рентгенограмм следует проводить сравнение пневматизации верхнечелюстных пазух с
	Лобными пазухами

	Решетчатым лабиринтом
	Орбитами
	Носовой полостью
307	Пункция верхнечелюстной пазухи у взрослых проводится через
	Нижний носовой ход
	Средний носовой ход
	Верхний носовой ход
	Любой из носовых ходов
308	При проведения пункции верхнечелюстной пазухи нужно отступить кзади от переднего края нижней носовой раковины на
	0.5 см
	1.0-1.5 см
	2.0-2.5 см
	3.0-3.5 см
	4.0-4.5 см
309	Лечение острого серозного одонтогенного гайморита заключается в
	Удалении причинного зуба, вскрытии верхнечелюстной пазухи, проведение гайморотомии
	Устранении источника инфекции (причинного зуба), назначение сосудосуживающих препаратов, СВЧ или УВЧ
	Назначении сосудосуживающих препаратов, СВЧ или УВЧ, зуб в острой фазе воспаления удалять не следует
310	Клиническая симптоматика обострившегося хронического одонтогенного гайморита характеризуется
	Чувством тяжести, заложенности соответствующей половины носа
	Гнойными выделениями из соответствующей половины носа
	Болями в области соответствующей верхнечелюстной пазухи, иррадиирующими по ходу ветвей тройничного нерва

	Гноевыделением из соответствующей половины носа, чувством тяжести в половине головы, повышением температуры тела, нарушением сна, снижением работоспособности
311	Нехарактерно для одонтогенного гайморита
	Одностороннее поражение
	Двустороннее поражение
	Наличие причинного зуба
	Наличие перфоративного отверстия в области дна верхнечелюстной пазухи
	Локализация в области дна, передней и латеральной стенки
	Выделение гнойного содержимого в полость рта
312	Истинными кистами слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи являются
	Радикулярные
	Ретенционные
	Лимфангиэктатические
	Резидуальные
	Поднадкостничные
313	Истинными кистами слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи являются
	Радикулярные
	Ретенционные
	Лимфангиэктатические
	Резидуальные
	Поднадкостничные
314	Тактика лечения при остром гнойном одонтогенном гайморите заключается в
	Проведении пункции верхнечелюстной пазухи
	Удалении причинного зуба, пункции и промывании верхнечелюстной пазухи, симптоматическом лечении

	Проведении гайморотомии
	Удалении причинного зуба, назначении сосудосуживающих и физиотерапевтических средств
315	Свищом верхнечелюстной пазухи называют
	Сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует до 7-10 дней
	Сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14 дней
	Сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной пластикой свища
	Сообщение с полостью рта, которое появилось без какого-либо оперативного вмешательства
316	Соустьем верхнечелюстной пазухи считается
	Сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует до 7-10 дней
	Сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14 дней
	Сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной пластикой свища
	Сообщение с полостью рта, которое появилось без какого-либо оперативного вмешательства
317	Вторичным свищом верхнечелюстной пазухи называют
	Сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует до 7-10 дней
	Сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14 дней
	Сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной пластикой свища
	Сообщение с полостью рта, которое появилось без какого-либо оперативного вмешательства
318	Наиболее часто ороантральное сообщение закрывается путем использования слизисто-

	надкостничного лоскута, взятого с
	Нёба на ножке
	Вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти
	Путем перемещения слизисто-надкостничного лоскута с дистального отдела альвеолярного отростка верхней челюсти
	С подвижной части переходной складки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти на ножке, основанием обращенной в сторону бугра верхней челюсти
319	Вкладки применяются для опоры мостовидных протезов при протезировании дефектов
	Не более одного-двух зубов
	Двух и более зубов
	Двух – трех зубов
	Не более трех зубов
320	Оверлей – это микропротез
	Расположенный внутри, вкладка
	Укрепленный в зубе с помощью штифтов
	Укрепленный за рядом стоящий зуб
	Охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба
321	Пломбирование полости показано при ИРОПЗ равном
	0.55 – 0.6
	0.0 – 0.55
	0.6 – 0.8
	Больше 0.8
322	К IV классу по Блеку относятся полости
	На оральной поверхности фронтальных зубов
	На жевательной поверхности моляров и премоляров

	На апроксимальных поверхностях фронтальной группы зубов
	На апроксимальных поверхностях и режущем крае фронтальной группы зубов
	В пришеечной области вестибулярной поверхности всех групп зубов
323	Вкладки могут изготавливаться из золота
	583 пробы
	750 пробы
	1000 пробы
	386 пробы
	486 пробы
324	Ко II классу по классификации Блека относят полость, располагающуюся
	В пришеечной области вестибулярной поверхности всех групп зубов
	На апроксимальных поверхностях и режущем крае фронтальной группы зубов
	На апроксимальных поверхностях фронтальной группы зубов
	На жевательной проксимальной поверхности моляров и премоляров
	На оральной, жевательной поверхностях
325	Первым этапом обследования больного является
	Осмотр зубных рядов
	Обследование полости рта
	Осмотр отдельных зубов
	Сбор анамнеза
	Внешний осмотр больного
326	Последовательность разделов анамнеза
	Субъективное состояние и жалобы больного, анамнез данного заболевания, семейный анамнез, анамнез жизни больного
	Жалобы и субъективное состояние больного, анамнез данного заболевания, семейный

	анамнез, анамнез жизни больного
	Жалобы и субъективное состояние больного, анамнез данного заболевания, анамнез жизни больного, семейный анамнез
	Анамнез данного заболевания, анамнез жизни больного, жалобы и субъективное состояние больного, семейный анамнез
327	Классификация кариеса по Блеку основана на
	Этиологии
	Морфологических признаках
	Топографии дефекта
	Распространенности
	Степени разрушения твердых тканей зуба
328	Inlay - микропротез
	Расположенный внутри, вкладка
	Охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба
	Укрепленный в зубе с помощью штифтов
	Укрепленный за рядом стоящий зуб
329	Онлей – микропротез
	Расположенный внутри, вкладка
	Укрепленный в зубе с помощью штифтов
	Включенный внутрь, в глубину ТТЗ, но имеет накладку
	Охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба
330	Пинлей - микропротез
	Укрепленный в зубе с помощью штифтов
	Укрепленный за рядом стоящий зуб
	Расположенный внутри, вкладка

	Включенный внутрь, в глубину ТТЗ, но имеет накладку
	Охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба
331	Протезирование вкладками показано при разрушении ТТЗ
	На 1/3 коронки
	На 1/2 коронки
	На 2/3 коронки
	До уровня десны
332	При формировании полости под вкладку допускается угол дивергенции стенок по отношению ко дну
	100 – 110
	110 – 120
	120 – 130
	80 – 90
	90 – 96
333	Край полости под вкладку должен быть скошена
	Всю толщину эмали
	Перекрывать эмалево-дентинную границу
	На 1/2 толщины эмали
	На 1/2 высоты полости
	На высоту всей полости
334	К I классу по классификации Блека относят полость, располагающуюся
	В пришеечной области всех групп зубов
	На апроксимальных поверхностях и режущем крае фронтальной группы зубов
	На апроксимальных поверхностях фронтальной группы зубов на апроксимальных поверхностях моляров и премоляров

	В естественных фисурах жевательных зубов
335	При изготовлении металлического штампа отливают
	1 штамп
	2 штампа
	3 штампа
	5 штампов
	4 штампа
336	Отжиг металлической штампованной коронки из нержавеющей стали проводят
	Над пламенем спиртовки
	В муфельной печи
	С помощью бензиновой горелки
	При помощи вольтовой дуги
	В литейном аппарате
337	Обработка штампованной коронки перед фиксацией производится
	Фурациллином
	Хлорамином
	Перекисью водорода
	Спиртом
	Хлоргексидином
338	Складывание копировальной бумаги для контроля препарирования жевательной поверхности зуба в
	2 раза
	3 раза
	5 раз
	8 раз

	12 раз
339	Осложнение, возникающее при использовании штампованной коронки
	Патологическая стираемость
	Расцеметировка
	Гальванизм
	Кровоточивость десен
	Акриловый стоматит
340	Первичная штамповка металлической штампованной коронки заключается в
	Отбивании гильзы на металлическом штампе
	Штамповке в аппарате «ММСИ»
	Штамповке в аппарате «Паркера»
	Отбивание гильзы на наковальне
341	Укажите требования, предъявляемые к отпрепарированному зубу под металлическую штампованную коронку
	Выраженный экватор
	Выражены бугры
	Сохранение контакта с соседними зубами
	Не разобщенный прикус
	Цилиндрическая форма без острых углов
342	Толщина стандартной гильзы для изготовления металлической штампованной коронки из нержавеющей стали в миллиметрах равна
	0.22
	0.25
	0.3
	0.5

	0.8
343	Толщина металлической штампованной коронки в миллиметрах равна
	0.1
	0.22
	0.25
	0.3
	0.8
344	Для протягивания гильз используют аппарат
	Рудько
	Самсон
	Паркера
	Гизи
	ММСИ
345	Для изготовления металлокерамических протезов применяют
	Термомассу
	Двуслойные оттиски силиконовыми массами
	Оттиски гипсовым блоком
	Функциональные оттиски альгинатной массой
	Частичные оттиски альгинатной массой
346	При планировании керамической облицовки учитывают
	Плотность контактов
	Величину зубов
	Величину корней
	Вид прикуса

347	Терапевтическая подготовка перед изготовлением металлокерамических протезов заключается в
	Лечении флюороза
	Санации носоглотки
	Удалении зубов
	Пародонтологической помощи
348	В комплекс обследования при протезировании металлокерамикой входит
	Электротонометрия
	Реопародонтография
	Томография височно-нижнечелюстного сустава
	Визиография
	Ядерная магнитно-резонансная томография
349	Укажите осложнения при протезировании металлокерамическими протезами при наличии парафункции жевательных мышц
	Откол керамической облицовки
	Функциональная перегрузка опорных зубов
	Дисфункция ВНЧС
	Пульпит
	Периодонтит
350	Хирургическая подготовка полости рта к протезированию металлокерамикой заключается в
	Депульпировании зубов
	Удалении корней зубов, не подлежащих восстановлению культевыми вкладками
	Удалении вывихнутых зубов
	Альвеолотомии
351	Укажите возможные осложнения при протезировании металлокерамической коронкой

	Функциональная перегрузка пародонта зубов-антагонистов
	Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
	Верхушечный периодонтит зубов-антагонистов
	Травматический пульпит
	Периостит
352	Глазурирование керамики направлено на
	Понижение прочности облицовки
	Повышение блеска
	Снижение усадки фарфоровой массы
	Придание различных цветовых оттенков
	Снижение блеска
353	Контактные и боковые поверхности препарируют под металлокерамическую коронку под углом
	1-2°
	3-4°
	5-7°
	8-9°
	10°
354	Для ретракции десны применяют
	Лигатурную проволоку
	Кетгут
	Ретракционные нити
	Слабый раствор формалина
	Теплую воду
355	Скол керамической облицовки происходит при

	Патологической стираемости
	Аномалиях расположения зубов
	Микродентии
	Макродентии
	Пародонтите
356	Показаниями к депульпированию зубов под металлокерамику является
	Зубоальвеолярное укорочение
	Выдвижение зубов-антагонистов
	Наклон их в сторону дефекта зубного ряда более чем на 15 градусов
	Возраст старше 35 лет
357	Наиболее частое осложнение при препаровке под анестезией под металлокерамическую конструкцию
	Травматический пульпит (термический ожог пульпы)
	Острый верхушечный периодонтит
	Хронический пульпит
	Гингивит тяжелой степени тяжести
	Пародонтоз локализованный
358	При препарировании зуба под металлокерамику уступ располагается
	Над десной
	Под десной
	На уровне десны
	Уступ не формируется
	На контактной поверхности
359	Противопоказанием к применению металлоакриловых и металлокомпозитных зубных протезов является

	Наличие несъемных протезов, нуждающихся в замене
	Явления аллергии
	Повышенное стирание твердых тканей зубов
	Протезирование зубов детей и подростков с живой пульпой
360	Величина препарирования жевательной поверхности моляров под металлокерамическую коронку в миллиметрах равна
	0.8
	1.2
	2
	3
	3.5
361	Оптимальная величина дефекта зубного ряда, замещаемого металлокерамическим протезом
	1-3 зуба
	3-4 зуба
	4-6 зубов
	7-8 зубов
362	Показанием к изготовлению металлокерамической коронки является
	Кариес
	Микродентия
	Аллергия к пластмассовым облицовкам
	Пародонтит тяжелой степени
363	На этапе припасовки искусственной коронки необходимо
	Снять слепок для отливки вспомогательной модели
	Определить центральную окклюзию восковой пластиной

	Зафиксировать массой «Провиссел»
	Зафиксировать массой «Темпо»
	Определить фиссурно-бугорковый контакт
364	Окклюзия - это
	Смыкание зубных рядов в целом
	Смыкание отдельных групп зубов
	Всевозможные положения и перемещения нижней челюсти
	Смыкание зубных рядов в целом или отдельных групп зубов в течение определённого отрезка времени
	Всевозможные положения нижней челюсти
365	Вкладки применяются для опоры мостовидных протезов при протезировании дефектов
	Не более одного-двух зубов
	Двух и более зубов
	Двух – трех зубов
	Не более трех зубов
	Не более трех-четырёх зубов
366	Мостовидные протезы по отношению промежуточной части к альвеолярному отростку подразделяются на
	Типичные, консольные, висячие
	Касательные, промывные, седловидные
	Висячие, седловидные, малые
	Съемные, несъемные, касательные
	Литые, гнутые, штампованные
367	Мостовидные протезы изготавливаются из
	Стали нержавеющей, сплавов золота, серебряно-палладиевого сплава

	Стали нержавеющей, сплавов золота, базисных пластмасс
	Платины, золота, серебро-палладиевого сплава, алюминия
	Поливинилсилоксана , сплавов золота и нержавеющей стали
	Силикона, акриловых пластмасс
368	Односторонний концевой дефект зубного ряда относится по классификации Кеннеди
	К 1 классу
	К 2 классу
	К 3 классу
	К 4 классу
	К 5 классу
369	Классификация дефектов зубного ряда по Кеннеди включает в себя
	3 класса
	4 класса
	5 классов
	6 классов
	7 классов
370	К материалам для временной фиксации относятся цементы
	Цинк-фосфатные, поликарбоксилатные и стеклоиономерные
	Цинк-фосфатные, поликарбоксилатные и акриловые
	Стеклоиономерные и резиномерные
	Поликарбоксилатные, поливинилсилоксановые
	Цинкэвгенольные
371	Укажите вид уступа для фарфоровой и пластмассовой коронок
	Вестибулярный

	Вестибулооральный
	Циркулярный
	Скошенный
372	Жевательную поверхность зуба при препарировании под фарфоровую и пластмассовую коронки сошлифовывают на
	0.25-0.3 мм
	0.1-0.25 мм
	0.3-0.5 мм
	0.35-0.4 мм
	1.5-2.0 мм
373	Первым слоем фарфора при изготовлении фарфоровой коронки является
	Эмалевый
	Опаковый (грунтовый)
	Оксидная пленка
	Дентинный и прозрачный
	Глазурь
374	При подвижности зубов используют дополнительный метод исследования
	Реография
	Рентгенография
	Томография
	Гнатодинамометрия
	Мастикациография
375	Внутренняя косая линия располагается
	В позадиальвеолярной области
	В позадимолярной области

	По линии «А»
	По переходной складке
	В подъязычной области
376	Слизистый бугорок - это место расположения зубов
	1.8, 2.8
	3.8, 4.8
	1.1, 2.1
	3.1, 4.1
	1.6, 2.6
377	Податливость слизистой оболочки по Кулаженко в миллиметрах равна
	0.5 – 1
	1 – 2
	2- 3
	3-4
	4-5
378	Наиболее удобной для протезирования частично съёмными протезами форма альвеолярного отростка
	Коническая
	Грибовидная
	Уплощенная
	Шиповидная
	Овальная
379	Вертикальная податливость слизистой по Гаврилову обусловлена
	Толщиной жировой клетчатки
	Жировой клетчаткой и слизистыми железами

	Слизистыми железами
	Толщиной слизистой
	Густой сосудистой сетью
380	Для изготовления частично съёмного протеза необходимо получить слепок
	Вспомогательный
	Двойной
	Частичный
	Функциональный
	Анатомический
381	Наиболее благоприятный для протезирования съёмными протезами тип слизистой оболочки по Суппли
	I тип
	II тип
	III тип
	IV тип
382	Наиболее благоприятная нагрузка для пародонта опорных зубов
	Горизонтальная
	Вертикальная
	Боковая
	Комбинированная
	Косая
383	Укажите путь передачи жевательного давления частично съёмным протезом
	Физиологический
	Нефизиологический
	Полуфизиологический

	Анатомический
	Миостатический
384	Противопоказанием для изготовления частично съемного протеза является
	Отсутствие 4х зубов
	Отсутствие зубов–антагонистов
	Полное отсутствие зубов
	Подвижность зубов I, II степени
	Отсутствие 1 зуба
385	Абсолютным показанием для изготовления частично съёмного протеза является
	Включенные дефекты
	Концевые дефекты
	Одиночный зуб на челюсти
	Глубокий прикус
	Дефекты более 4-5 зубов
386	Односторонний концевой дефект зубного ряда по Кеннеди относится к
	1 классу
	2 классу
	3 классу
	4 классу
	5 классу
387	При дефектах зубных рядов большой протяженности необходимо изготовить протез
	Мостовидный
	Консольный
	Полный съемный

	Частично съёмный протез
	Несъёмный
388	Торус на верхней челюсти
	Является пунктом анатомической ретенции
	Является методом фиксации протеза
	Ухудшает стабилизацию протеза
	Не учитывается при изготовлении протеза
	Улучшает стабилизацию протеза
389	При атрофии альвеолярных отростков и бугров верхней челюсти фиксация ЧСП протеза
	Ухудшается
	Не изменяется
	Увеличивается адгезия
	Улучшается
	Зависимость прямо пропорциональная
390	Пластиночный съёмный протез восстанавливает жевательную эффективность на
	30 – 40%
	50 – 60%
	60 – 70%
	70 – 80%
	80 – 90%
391	Граница базиса ЧСП протеза в области жевательных зубов с небной поверхности проходит на уровне
	Шеек зубов
	На 1/3 высоты зубов
	На 2/3 высоты зубов

	До жевательной поверхности
	Не доходит до шеек зубов
392	Жевательное давление ЧСП протезам передается на
	Зубы
	Альвеолярные отростки
	Контрфорсы
	Слизистую альвеолярного отростка
	Торус
393	Дистальная граница базиса ЧСП протеза в области бугров верхней челюсти
	Не доходит до бугров
	Перекрывает бугры на 1/3
	Перекрывает бугры на 2/3
	Полностью перекрывает бугры
394	Тело удерживающего кламмера располагается
	На окклюзионной поверхности
	Выше экватора
	Ниже экватора
	На экваторе зуба
	В пришеечной части зуба
395	Плечо удерживающего кламмера на опорном зубе располагается
	На экваторе
	В окклюзионной части
	В пришеечной части
	На уровне шейки зуба

	В окклюзионной и пришеечной части
396	Лучшей фиксацией ЧСП протеза на верхней челюсти является
	Точечная
	Поперечная
	Диагональная
	Горизонтальная
	Вертикальная
397	Плечо удерживающего кламмера охватывает вестибулярную поверхность опорного зуба
	На 1/3
	На 2/3
	На всю поверхность
	Уходит на апроксимальную
	Касается в одной точке
398	При наличии 3х антагонизирующих пар зубов окклюзионные валики необходимы для
	Нанесения ориентировочных линий
	Создания окклизонной плоскости
	Определения высоты прикуса
	Фиксации челюстей в центральном соотношении
	Постановки зубов
399	Для постановки зубов при изготовлении ЧСП протеза с фиксированным прикусом необходимо иметь
	Прикусные валики
	Ориентировочные линии
	Отпечаток зубов антагонистов
	Окклюдатор

	Шпатель зуботехнический
400	Высоту нижней трети лица определяют методом
	Функциональным
	Инструментальным
	Насильственным
	Анатомо-функциональным
401	При фиксированном прикусе центральное соотношение определяют путем
	Фиксации челюстей в центральном соотношении
	Припасовки валиков и фиксации в центральном соотношении
	Определения высоты прикуса
	Определения физиологического покоя
	Нанесения ориентировочных линий
402	При сохранившихся зубах высота прикусного валика должна быть равна
	0.5 см
	1 см
	1.5 см
	2 см
	На 1-2 мм выше естественных зубов
403	При не фиксированном прикусе вначале проводят
	Припасовку окклюзионных валиков
	Построение окклюзионной плоскости
	Определение высоты физиологического покоя
	Определение линии смыкания зубов
	Определение высоты нижнего отдела лица

404	Ширина прикусного валика во фронтальном отделе в сантиметрах равняется
	0.3
	0.5
	0.8
	1
	1.5
405	Линию улыбки наносят для определения
	Режущего края искусственных зубов
	Шейки искусственных зубов
	Уздечки верхней губы
	Экватора искусственных зубов
	Искусственной десны
406	Метод фиксации нижней челюсти в ЦО может быть
	Произвольным
	Функциональным
	Анатомическим
	Анатомо-физиологическим
	Антропометрическим
407	Нижняя челюсть в состоянии физиологического покоя
	Выдвинута вперед
	Смещена кзади
	Опущена книзу
	Смещена влево
	Смежена вправо

408	Укажите, в скольких направлениях производит воспроизводит движение окклюдатор
	В 2х направлениях
	В 1м направлении
	В 3х направлениях
	В 4х направлениях
409	Модели загипсовывают в окклюдаторе с целью
	Определения высоты прикуса
	Воспроизведения движения нижней челюсти
	Постановки зубов
	Моделировки базиса протеза
	Подбора зубов
410	Основным конструктивным материалом для изготовления базиса ЧСП протезов является
	Базисный воск
	Искусственные зубы
	Базисная пластмасса
	Кламмера
	Гипс
411	Укажите, при каких условиях делают искусственные зубы на приточке
	При требовании эстетики
	При гипертрофии альвеолярного отростка
	При атрофии альвеолярного отростка
	При глубоком прикусе
	При гипертрофии слизистой альвеолярного отростка
412	Укажите требование к опорному зубу, несущему кламмер

	Зуб расположен вне дуги
	У зуба низкая коронка
	У зуба имеется изменение в цвете
	У зуба имеется подвижность 1 степени
	Зуб интактный
413	При подборе искусственных зубов необходимо учитывать
	Желание пациента
	Топографию дефекта
	Пол пациента
	Возраст пациента
	Цвет, форму сохранившихся зубов
414	Искусственные пластмассовые зубы изготавливают из
	Протакрила
	АКР 7
	Акрела
	Фторокса
	Этакрила
415	Укажите из какой пластмассы изготавливают базис пластиночного протеза
	Акрилоксид
	Синма – 74
	Протакрил
	Фторакс
	АКР - 7
416	Укажите каким путём пластмассовые зубы соединяются с базисом

	Под давлением
	Крампами
	Химическим
	Механическим
	Физическим
417	Укажите, с каких зубов начинают их постановку
	Топография зубов значения не имеет
	С нижних премоляров
	С боковых зубов верхней челюсти
	С фронтальных зубов верхней челюсти
	С фронтальных зубов нижней челюсти
418	При заливке моделей в окклюзатор необходимо
	Погрузить их в воду
	Приготовить гипс
	Зафиксировать нижнюю раму
	Зафиксировать модели в ЦО
	Изогнуть кламмера
419	Укажите процентное содержание остаточного мономера в базисной пластмассе после полимеризации
	0,5 – 1 %
	1 – 2 %
	3 %
	4 – 5 %
	До 10 %
420	Укажите, в какой стадии используются самоотверждающие пластмассы для починки протезов

	В стадии набухания
	В стадии тянущихся нитей
	В тестообразной стадии
	В песочной стадии
	В резиноподобной стадии
421	Укажите, на какой реакции основаны пластмассы, применяемые в ортопедической стоматологии
	Поликонденсации
	Сополимеризации
	Пластификации
	Полимеризации
	Слипания
422	Объемное отношение порошка и жидкости при приготовлении пластмассы равно
	2 : 3
	4 : 1
	3 : 1
	2 : 1
	1 : 1
423	Характерной реакцией слизистой на съемный протез является
	Травма
	Атрофия
	Папиломатоз
	Воспаление
	Десквамация эпителия
424	Остаточный мономер в пластмассовом протезе можно определить

	На вкус
	Визуально
	Р - ром KMnO_4
	Р - ром соляной кислоты
	Спиртом
425	Укажите, чем перед постановкой пластмассового теста покрывают прессформу
	Клеем
	Изоколом
	Бензином
	Полимером
	Мономером
426	Двухслойные базисы в съемных протезах рекомендуют при
	Гипертрофии альвеолярных отростков
	Гипертрофии слизистой
	Атрофии слизистой, экзостозах
	Болтающемся гребне слизистой
	Наличии торуса
427	Укажите причину, по которой при движениях языка происходит смещение съемного протеза
	Отсутствия изолирования уздечек губ
	Нарушения режима полимеризации
	Отсутствия изолирования уздечки языка
	Нарушения паковки пластмассы
	Некачественного слепка
428	Микротрещины в базисе пластиночного протеза возникают при

	Недостатке полимера
	Длительном кипячении
	Резком охлаждении
	Недостатке мономера
	Погружении кюветы в кипящую воду
429	При наличии множества пор в базисе пластиночного протеза необходимо
	Произвести повторную полимеризацию
	Оставить без изменения
	Переделать протез
	Устранить самотвердеющей пластмассой
	Тщательно полировать
430	Внутреннюю поверхность пластиночного протеза необходимо
	Обработать фрезой
	Покрыть изоколом
	Освободить от гипса, промыть
	Оставить без изменения
	Тщательно отполировать
431	Изоляцию экзостозов при изготовлении съемного протеза проводят
	После вываривания воска
	При проверке восковой конструкции
	При отливке модели
	При моделировке базиса
	После полировки
432	Укажите, из скольких частей состоит кювета для заливки моделей протезов

	2 частей
	3 частей
	4 частей
	5 частей
433	Гранулярная пористость в пластмассовом протезе возникает при
	Резком нагревании
	Резком охлаждении
	Неправильной штамповке
	Недостатке мономера
	Избытке мономера
434	Газовая пористость возникает в базисе протеза при
	Резком нагревании
	Резком охлаждении
	Избытке мономера
	Малом давлении
	Неправильной паковке
435	При полимеризации пластмассы в сухой среде отмечают
	Увеличение усадки
	Уменьшение усадки
	Снижение пористости
	Увеличение пористости
436	Пористость сжатия в базисе пластиночного протеза возникает при
	Недостатке пластмассы
	Недостатке мономера

	Усадке пластмассы
	Малом давлении
	Повышенном давлении
437	Укажите, от чего зависят сроки адаптации к съемному протезу
	От типа дефекта зубного ряда
	От материала изготовления протеза
	От типа ЦНС
	От пола
	От возраста пациента
438	Укажите зубы, на уровне окклюзионной поверхности которых находятся углы рта
	На уровне 1.4, 2.4 зубов
	На уровне 1.5, 2.5 зубов
	На уровне 3.4, 4.4 зубов
	На уровне 3.3, 4.3 зубов
439	Укажите среднюю толщину слизистой оболочки в области небного шва в миллиметрах
	1.1
	1.55
	2.24
	3.34
	4.53
440	Задний край протеза верхней челюсти при полной потери зубов
	Должен перекрывать линию «А» на 1-2 мм
	Не должен перекрывать линию «А» на 1-2 мм
	Не должен доходить до линии «А» на 5 мм

	Должен перекрывать линию «А» на 5 мм
441	Прилипаемость относится к методу фиксации
	Механическому
	Физическому
	Биомеханическому
	Анатомическому
	Биофизическому
442	Укажите, от чего зависит качественная фиксация протеза
	Внутритканевой жидкости
	Качественного слепка
	Сосудов
	Жировой клетчатки переходных складок
	Соединения тканевых прослоек переходных складок
443	При заболеваниях пародонта целью избирательного шлифования зубов является
	Нормализация прикуса
	Устранение преждевременных окклюзионных контактов, приводящих к травме от окклюзии
	Восстановление анатомической формы зубов
	Устранение воспалительного процесса
	Эстетические показания
444	Ведущим симптомом генерализованного пародонтита на рентгенограмме становится
	Гиперцементоз
	Вертикальная резорбция
	Остеосклероз
	Атрофия костной ткани

	Расширение периферической щели
445	Для генерализованной формы пародонтита характерно
	Нормальное состояние пародонта группы зубов
	Нормальное состояние пародонта одной челюсти
	Нормальное состояние пародонта хотя бы одного зуба
	Поражение пародонта одного зуба
	Поражение пародонта всех зубов в зубочелюстной системе
446	При хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести
	Кортикальная пластинка межзубной перегородки разрушена, убыль костной ткани более 2/3 длины корней зубов
	Изменений нет
	Кортикальная пластинка межзубной перегородки разрушена, убыль костной ткани более 1/2 длины корней зубов
	Кортикальная пластинка межзубной перегородки разрушена, убыль костной ткани на 1/2 длины корней зубов
	Кортикальная пластинка межзубной перегородки сохранена, убыль костной ткани на 1/3 длины корней зубов
447	Пародонтит тяжелой степени тяжести дифференцируют с
	Пародонтомами
	Пародонтозом
	пародонтитом средней степени тяжести
	Гипертрофическим гингивитом
	Катаральным гингивитом
448	Веерообразное расхождение зубов характерно для
	Фиброматоза десен
	Синдрома Хенда - Крисчена - Шюллера

	Пародонтоза средней и тяжелой степени
	Генерализованного пародонтита средней степени тяжести
	Гипертрофического гингивита
449	Укажите степень подвижности зубов при пародонтите легкой степени тяжести
	IV степени
	I степени
	II-III степени
	I-II степени
450	Для пародонтита тяжелой степени характерны пародонтальные карманы глубиной (в миллиметрах)
	1 мм
	5мм и более 7мм
	до 5мм
	3.5мм
451	Пародонтальные карманы при генерализованном пародонтите легкой степени тяжести заполнены
	Слюной
	Гнойным экссудатом
	Серозно-гнойным экссудатом
	Серозным экссудатом
452	При пародонтозе резорбция костной ткани альвеолы равна
	От 1/3 до 2/3 длины корня
	Более 2/3 длины корня
	2/3 длины корня
	От 1/3 длины корня

453	Укажите сроки получения оттисков при непосредственном протезировании
	Через 1 день после удаления
	В день удаления
	До удаления зубов
	Через 1-5 дней после удаления зубов
	Через 4 и более недель после удаления зубов
454	Иммедиат-протезы это
	Временные съемные и несъемные протезы
	Временные съемные протезы
	Постоянные съемные протезы
	Постоянные несъемные протезы
	Постоянные съемные и несъемные протезы
455	Иммедиат-протезы используют при
	Заболевании ВНЧС
	Локализованной патологической стираемости
	Множественном удалении зубов
	Генерализованной патологической стираемости
	Полном отсутствии зубов
456	Укажите отрицательное свойство иммедиат-протеза
	Исключение атрофии костной ткани за счет напряжения под базисом иммедиат-протеза
	Предохранение от перегрузки оставшихся зубов
	Предупреждение деформации зубного ряда
	Изоляция операционной раны
	Затрудняет отток раневой жидкости

457	Иммедиат-протезы относятся к
	Замещающим аппаратам
	Фиксирующим аппаратам
	Формирующим аппаратам
	Направляющим аппаратам
	Репонирующим аппаратам
458	Предельный срок пользования иммедиат-протезом составляет
	2 недели
	1 месяц
	2 месяца
	3 месяца
	6 месяцев
459	Укажите, кто и когда впервые изготовил непосредственный пострезекционный протез
	Радригес в 1863 году
	Курляндский в 1962 году
	Гаврилов в 1897году
	Кац в 1931 году
	Шварц в 1915 году
460	Укажите, какой величине в миллиметрах равен слой снимаемого гипса по методике Г.П. Соснина
	0.5 – 1мм
	1 - 1.5мм
	2 – 3мм
	3 – 4мм
	5мм

461	По методике Г.П. Соснина на верхней челюсти во фронтальном отделе гипс снимают
	Только с вестибулярной стороны
	Только с небной стороны
	С вершины альвеолярного отростка
	С вестибулярной и небной сторон
	С вестибулярной, небной и вершины альвеолярного отростка
462	Укажите дефект зубного ряда, относящийся к III классу дефектов зубных рядов по Кеннеди
	Полное отсутствие зубов
	Один или несколько включенных дефектов, которые ограничены естественными зубами
	Двусторонние концевые дефекты
	Односторонний концевой дефект
	Включенный дефект переднего участка зубного ряда
463	Укажите системы фиксации бюгельного протеза
	Балочная, магнитная
	Балочная, замковая, опорно-удерживающие кламмера, магнитная, телескопические коронки
	Телескопические коронки, замковая, опорно-удерживающие кламмера, магнитная фиксация
	Опорно-удерживающие кламмера, замковая, магнитная фиксация
	Балочная, замковая
464	Укажите одно из показаний к применению бюгельного протеза
	Полное отсутствие зубов
	Шинирование при заболеваниях пародонта
	Патологическая стираемость зубов
	Включенные дефекты

	Полное вторичное отсутствие зубов
465	Укажите количество классов, которые включает в себя классификация Бетельмана
	2
	3
	4
	5
	8
466	Укажите, из чего состоит каркас дугового протеза
	Дуга, седла с искусственными зубами
	Фиксирующий элемент, дуга
	Дуга, седла с искусственными зубами
	Дуга, захваты для седел, дробители нагрузки, элементы-стабилизаторы
	Дуга
467	По способу фиксации между патрицей и матрицей замковые крепления могут быть
	Нежестки
	Полулабильные
	Лабильные
	Жесткие
	Силовые
468	Укажите, что означает бюгель в переводе с латинского
	Замок
	Дуга
	Седло
	Опора

	Кламмер
469	При изготовлении комбинированных протезов с жесткой системой крепления всегда применяется
	Фрезерование оральной поверхности опорных коронок
	Кламмер Роуч
	Пелоты
	Удаление одного из опорных зубов
	Кламмер Бонвиля
470	Расстояние между дугой бюгельного протеза верхней челюсти и слизистой оболочки твердого неба составляет в миллиметрах
	До 1 мм
	1.5-2.0 мм
	2.0-3.0 мм
	2.5-3.0 мм
	2.0-2.5 мм
471	Укажите, какие опорно-удерживающие кламмеры входят в систему Нея
	Джейсона
	Аккера
	Кеннеди
	Бонвиля
	Келлера
472	При расположении элементов опорно-удерживающего кламмера наиболее важной линией является
	Продольная ось зуба
	Линия анатомического экватора
	Линия вертикали

	Разделительная (межевая) линия
	Линия диагонали
473	Укажите количество типов кламмеров в системе Ney
	2
	5
	6
	7
	15
474	Укажите, где находится активное плечо кламмера
	На клиническом экваторе зуба
	Ниже клинического экватора
	Над клиническим экватором
	На окклюзионной поверхности опорного зуба
475	Укажите, где располагается опорная часть опорно-удерживающего кламмера
	В кламмерной зоне
	В окклюзионной зоне
	В ретенционной зоне
	На уровне с разделительной (межевой) линией
	В зоне поднутрения
476	Ложка на поверхности коронки зуба для расположения окклюзионной накладки кламмера должно иметь форму
	Круглую
	Ложечкообразную
	«Ласточкина хвоста»
	Прямоугольную

	Плоской поверхности
477	Укажите толщину окклюзионной накладки у основания в миллиметрах
	0.5
	0.8-1.0
	1.0-1.2
	1.2-1.5
	2.0-2.5
478	Главный критерий выбора опорного зуба под опорно-удерживающий кламмер
	Устойчивость зуба
	Выраженность анатомического экватора
	Высота клинической коронки
	Поражение твердых тканей зубов
	Отсутствие периапикального воспаления