

Geo Test



Тест по детской
стоматологии

Тест по детской стоматологии (аккредитационный ординатура)

Тест по детской стоматологии охватывает особенности диагностики и лечения стоматологических заболеваний у детей.



Детская стоматология, ординатура

Вопросы включают возрастные анатомо-физиологические особенности, профилактику и современные методы лечения.

Подходит для ординаторов, готовящихся к аккредитации и работе в педиатрической стоматологии.

Тема 1. Основные вопросы детской стоматологии.

1. ОТЛОМ КОРОНКИ В ПРЕДЕЛАХ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+** болью от всех раздражителей
- 2) отечностью по переходной складке
- 3) отсутствием жалоб
- 4) подвижностью зуба II-III степени

2. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ ИМЕЕТ ОТРОСТКИ

- 1)+** альвеолярный, нёбный, скуловой, лобный
- 2) скуловой, альвеолярный, лобный
- 3) альвеолярный, нёбный, скуловой, лобный, носовой
- 4) носовой, альвеолярный, скуловой, нёбный

3. ЖАЛОБЫ ПРИ ТРЕЩИНЕ ЭМАЛИ ЗУБА

- 1)+** чаще всего отсутствуют
- 2) на боли при накусывании
- 3) на подвижность зуба
- 4) на самопроизвольные боли

4. ЛИМФОУЗЛОК ОТ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОИСХОДИТ В ЛИМФОУЗЛЫ

- 1)+** поднижнечелюстные и подподбородочные
- 2) только в поднижнечелюстные
- 3) затылочные
- 4) околоушные

5. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ВКЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННОГО ЗУБА ОТНОСЯТ

- 1)+** "отсутствие" периодонтальной щели у верхушки корня
- 2) отсутствие изменений на рентгенограмме
- 3) расширение периодонтальной щели у верхушки корня
- 4) отсутствие периодонтальной щели в боковом отделе с одной стороны

6. ПОДБОРОДОЧНОЕ ОТВЕРСТИЕ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАСПОЛАГАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО

- 1)+** между верхушками корней премоляров
- 2) под клыком
- 3) между центральными резцами
- 4) под первым моляром

7. К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ВЕСТИБУЛЯРНОГО НАКЛОНА РЕЗЦОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА ОТНОСЯТ

- 1)+** потерю костной ткани в сочетании с дисфункцией языка и губ
- 2) недостаточный тонус круговой мышцы рта
- 3) вредные привычки
- 4) временный прикус

8. ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+** мыщелковый отросток нижней челюсти
- 2) тело нижней челюсти
- 3) альвеолярный отросток нижней челюсти
- 4) твёрдое нёбо

9. ЛИМФОТОК ОТ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОИСХОДИТ В ЛИМФОУЗЛЫ

- 1)+ околоушные
- 2) подподбородочные
- 3) поднижнечелюстные
- 4) поверхностные шейные

10. К ОСНОВНОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ СИМПТОМУ УШИБА ЗУБА В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ боли, усиливающиеся при накусывании
- 2) выдвижение зуба из лунки
- 3) патологическую подвижность зуба
- 4) изменение положения зуба

11. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМА КОРНЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рентгенологический
- 2) электроодонтодиагностика
- 3) трансиллюминация
- 4) холодовая проба

12. ПРИ УШИБЕ ВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ болезненная перкуссия
- 2) изменение размера зуба
- 3) дефект эмали и дентина
- 4) подвижность зуба II-III степени

13. РЕШАЮЩИМ ПРИЗНАКОМ ПОЛНОГО ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ костная крепитация
- 2) неправильный прикус
- 3) гематома, отёк окружающих тканей
- 4) локальная боль, усиливающаяся при пальпации

14. НЕПАРНЫМИ КОСТЯМИ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ сошник, нижняя челюсть, подъязычная кость
- 2) сошник, верхняя челюсть, подъязычная кость
- 3) верхняя челюсть, сошник
- 4) подъязычная кость, нёбная кость

15. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ТОЛЬКО ЭМАЛИ ЗУБА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ отсутствием изменений в костной ткани
- 2) увеличением периодонтальной щели
- 3) уменьшением периодонтальной щели
- 4) разрежением костной ткани в области апекса

16. ПРИ УШИБАХ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПАЦИЕНТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ

- 1)+ ноющие при накусывании
- 2) при употреблении сладкой пищи
- 3) интенсивные приступообразные ночные
- 4) от холодного и горячего

17. ПЕРЕЛОМ В СРЕДНЕЙ ЧАСТИ КОРНЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ болью при накусывании
- 2) болью от температурных раздражителей
- 3) жалобами на косметический дефект
- 4) самопроизвольной болью

18. «ИНФАНТИЛЬНЫЙ ТИП ГЛОТАНИЯ» ЧАЩЕ ВСЕГО СОЧЕТАЕТСЯ С ПАТОЛОГИЕЙ

- 1)+ открытого прикуса
- 2) сужения зубных рядов
- 3) тесного положения зубов
- 4) перекрёстного прикуса

19. ОТКРЫТЫМ ПЕРЕЛОМОМ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕРЕЛОМ, ПРИ КОТОРОМ

- 1)+ линия перелома проходит через зубной ряд, придаточные пазухи носа, глазницу
- 2) изменяется прикус по типу «открытого прикуса»
- 3) происходит смещение головки нижней челюсти внутрь
- 4) происходит смещение головки нижней челюсти кнаружи

20. ДИАГНОЗ "УШИБ ЗУБА" УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ

- 1)+ клинико-рентгенологических
- 2) электроодонтодиагностики
- 3) термоодонтодиагностики
- 4) витального окрашивания

21. НЕЗНАЧИТЕЛЬНАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПЕРКУССИИ И ПАЛЬПАЦИИ ПРИ ОТСУТСТВИИ СМЕЩЕНИЯ И ПОДВИЖНОСТИ ЗУБА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ ушиба зуба
- 2) перелома альвеолярного отростка
- 3) вколоченного вывиха
- 4) вывиха зуба

22. НАРУШЕНИЕ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЯЗЫКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ острого панкреатита
- 2) хронического панкреатита
- 3) хронического энтероколита
- 4) острого гастродуоденита

23. ЛИМФОУЗЛЫ ОТ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОИСХОДИТ В ЛИМФОУЗЛЫ

- 1)+ поднижнечелюстные
- 2) подподбородочные
- 3) поверхностные шейные
- 4) глубокие шейные

24. МИМИЧЕСКИЕ МЫШЦЫ ИННЕРВИРУЮТСЯ НЕРВОМ

- 1)+ лицевым
- 2) тройничным
- 3) ушно-височным и тройничным
- 4) тройничным и лицевым

25. ПРИ УДАРЕ В ОБЛАСТЬ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕВА ОТРАЖЁННЫЙ ПЕРЕЛОМ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ

- 1)+** правого мыщелкового отростка
- 2) левого мыщелкового отростка
- 3) подбородка
- 4) передней трети тела нижней челюсти слева

26. ХРОНИЧЕСКАЯ ТРАВМА ПАРОДОНТА ПРИ АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ II КЛАССА 1 ПОДКЛАССА НАБЛЮДАЕТСЯ В ОБЛАСТИ

- 1)+** нёбной поверхности верхних резцов
- 2) язычной поверхности нижних резцов
- 3) вестибулярной поверхности верхних резцов
- 4) вестибулярной поверхности нижних резцов

27. ВЫПАДЕНИЕ ЗУБА ИЗ ЕГО ЛУНКИ НАЗЫВАЮТ

- 1)+** полным вывихом
- 2) неполным вывихом
- 3) переломом корня
- 4) вколоченным вывихом

28. ИСХОДОМ ТРАВМЫ ЗАЧАТКА ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** местная гипоплазия
- 2) флюороз эмали
- 3) одонтома
- 4) цементома

29. ПОСЛЕ ЛОСКУТНОЙ ОПЕРАЦИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОДЯТ ЧЕРЕЗ (МЕС.)

- 1)+** 6-12
- 2) 3-4
- 3) 18-24
- 4) 1-2

30. ЛИМФООТТОК ИЗ ТКАНЕЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ЛИМФОУЗЛЫ

- 1)+** подподбородочные
- 2) околоушные
- 3) поднижнечелюстные
- 4) передние глубокие шейные

31. ДЛЯ ПЕРЕЛОМА В СРЕДНЕЙ ЧАСТИ КОРНЯ ЗУБА ХАРАКТЕРНА БОЛЬ

- 1)+** при накусывании
- 2) от температурных раздражителей
- 3) от химических раздражителей
- 4) самопроизвольная

32. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ ИМЕЕТ ПОВЕРХНОСТИ

- 1)+** переднюю, подвисочную, глазничную, носовую
- 2) переднюю, медиальную, верхнюю, латеральную
- 3) переднюю, латеральную, глазничную
- 4) переднюю, заднюю, подвисочную, медиальную

33. ТРАВМА ЗАЧАТКА ПОСТОЯННОГО ЗУБА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ТРАВМЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА В ВИДЕ

- 1)+ вколоченного вывиха
- 2) ушиба зуба
- 3) перелома корня
- 4) перелома коронки

34. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРЕЩИНЫ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

- 1)+ трансиллюминационный
- 2) рентгенологический
- 3) КЛКТ
- 4) ЭОД

35. ПЕРЕЛОМ КОРНЯ В ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ подвижностью зуба II-III степени
- 2) болью от химических раздражителей
- 3) самопроизвольной болью
- 4) болью от температурных раздражителей

36. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ укорочение видимой части коронки
- 2) неизменная видимая часть коронки
- 3) удлинение видимой части коронки
- 4) подвижность зуба II-III степени

37. ПРИ ПАДЕНИИ НА ПОДБОРОДОК ОТРАЖЁННЫЙ ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ В ОБЛАСТИ

- 1)+ мышечковых отростков
- 2) углов нижней челюсти
- 3) зубов 3.4, 4.4
- 4) зубов 3.6, 4.6

38. ВКОЛОЧЕННЫЙ ВЫВИХ ЗУБА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ полным или частичным погружением зуба в альвеолу
- 2) отсутствием зуба в лунке
- 3) смещение зуба нёбно или вестибулярно
- 4) отсутствием видимой клинической картины

39. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ВИДОМ ТРАВМЫ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вывих зуба
- 2) перелом корня
- 3) ушиб зуба
- 4) отлом коронки

40. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ВЫВИХА РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение окклюзии – глубокое резцовое перекрытие
- 2) множественный кариес этих зубов и его осложнения
- 3) мелкое преддверие
- 4) короткая уздечка языка

41. ОТЛОМ КОРОНКИ В ПРЕДЕЛАХ ЭМАЛИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ жалобами на косметический дефект
- 2) болью при зондировании линии отлома
- 3) болью при перкуссии
- 4) самопроизвольной болью

42. ПРИ УШИБЕ ЗУБА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ

- 1)+ не изменена
- 2) не определяется
- 3) сужена
- 4) отсутствует

43. КРАЕВАЯ ВЕТВЬ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ИННЕРВИРУЕТ МЫШЦЫ

- 1)+ подбородочную, опускающую угол рта, опускающую нижнюю губу
- 2) мимические мышцы рта и носа
- 3) мышцы шеи, подбородочную, опускающую угол рта
- 4) мимические мышцы рта, носа и шеи

44. УСТЬЕ ВАРТОНОВА ПРОТОКА РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ в области подъязычного сосочка
- 2) в челюстно-язычном желобке
- 3) у верхнего свода преддверия рта
- 4) в ретромолярном пространстве

45. С ПАТОЛОГИЕЙ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ СВЯЗАНЫ КИСТЫ

- 1)+ парадентальные
- 2) фолликулярные
- 3) радикулярные
- 4) эпидермоидные

46. НЕОДОНТОГЕННОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1)+ шаровидно-верхнечелюстная киста
- 2) кератокиста
- 3) гингивальная киста
- 4) радикулярная киста

47. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА СИММЕТРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБЕИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ необязательным
- 2) обязательным
- 3) обязательным только для детей с патологией ЖКТ
- 4) обязательным только для детей с эндокринной патологией

48. КЛИНИЧЕСКИЕ МЕСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА НА ФОНЕ СЕПСИСА РАЗВИВАЮТСЯ В СРОКИ

- 1)+ в течение 6-12 часов
- 2) до 5 суток
- 3) в течение 1 недели
- 4) в течение 2 недель

49. ОСТЕОМИЕЛИТЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ПО ЭТИОЛОГИИ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ травматические
- 2) хронические деструктивно-продуктивные
- 3) хронические в стадии обострения
- 4) первично-хронические

50. РАЗЛИТАЯ ПРИПУХЛОСТЬ В ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ У ДЕТЕЙ ИСЧЕЗАЕТ К (В ДНЯХ)

- 1)+ 8-10; после начала заболевания
- 2) 3-5
- 3) 14-18
- 4) 18-21

51. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОЧАГА ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ГРУДНОГО РЕБЕНКА

- 1)+ мышечковый отросток
- 2) угол
- 3) альвеолярная часть
- 4) подбородочный отдел

52. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО СИАЛОАДЕНИТА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ задержка или отсутствие выделения секрета из протока слюнной железы
- 2) тестовато-пастозная консистенция железы
- 3) одновременное поражение других слюнных желез
- 4) орхит как осложнение

53. ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ НЕДОРАЗВИТИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО СЕПСИСА, ОСЛОЖНЕННОГО ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ, КАК ПРАВИЛО, ПОЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ через 6-12 месяцев после перенесенного заболевания
- 2) к 3 годам
- 3) в 5-6 лет
- 4) после завершения роста нижней челюсти

54. ОКОЛОУШНАЯ СЛЮННАЯ ЖЕЛЕЗА РАСПОЛОЖЕНА В

- 1)+ околоушно-жевательном пространстве
- 2) толще жевательной мышцы
- 3) толще комка Биша
- 4) подвисочной ямке

55. НЕОДОНТОГЕННОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1)+ киста носо-нёбного канала
- 2) радикулярная киста
- 3) фолликулярная киста
- 4) кератокиста

56. НА ХАРАКТЕР СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ РЕШАЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ОКАЗЫВАЕТ

- 1)+ направление тяги мышц, прикрепляемых к фрагментам челюсти
- 2) вес отломков, обусловленный их размером
- 3) возраст ребёнка
- 4) пол ребёнка

57. ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ В ОБЛАСТИ

- 1)+ верхней челюсти
- 2) нижней челюсти
- 3) височной кости
- 4) костей носа

58. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО СИАЛОАДЕНИТА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ усиление болей при приёме пищи
- 2) свободное выделение секрета из протока железы
- 3) тестовато-пастозная консистенция железы
- 4) одновременное поражение других слюнных желез

59. БОЛЬШИЕ СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ИМЕЮТСЯ В ЧЕЛОВЕЧЕСКОМ ОРГАНИЗМЕ В КОЛИЧЕСТВЕ

- 1)+ 6
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 8

60. ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНАЯ СЛЮННАЯ ЖЕЛЕЗА РАСПОЛОЖЕНА В ПРОСТРАНСТВЕ

- 1)+ поднижнечелюстном
- 2) крылочелюстном
- 3) окологлоточном
- 4) жевательном

61. ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ ПАРОТИТ - ЗАБОЛЕВАНИЕ

- 1)+ неконтагиозное
- 2) передающееся воздушно-капельным путем
- 3) передающееся половым путем
- 4) имеющее вертикальный путь передачи

62. ЛИМФАДЕНИТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ хронические гиперпластические
- 2) отогенные
- 3) риногенные
- 4) одонтогенные

63. ПОД РЕЗИДУАЛЬНОЙ КИСТОЙ ЧЕЛЮСТИ ПОНИМАЮТ КИСТУ

- 1)+ неудаленную (остаточную)
- 2) субпериостальную
- 3) фолликулярную
- 4) неодонтогенную

64. НОСОНЁБНАЯ КИСТА РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ из участков эпителия, отделившихся в эмбриональном периоде
- 2) из околоверхушечной гранулемы
- 3) вследствие травмы и последующего кровоизлияния
- 4) вследствие кистовидного перерождения остатков зубного фолликула

65. ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ В ОБЛАСТИ

- 1)+ скулового и лобного отростков
- 2) альвеолярного отростка
- 3) бугра
- 4) тела во фронтальном отделе

66. СИНОНИМОМ ГЛОБУЛОМАКСИЛЛЯРНОЙ КИСТЫ ЯВЛЯЕТСЯ КИСТА

- 1)+ шаровидно-верхнечелюстная
- 2) носогубная
- 3) носоальвеолярная
- 4) резцового канала

67. ЛИМФАДЕНИТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ПО ЭТИОЛОГИИ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ посттравматические
- 2) острые гнойные
- 3) острые серозные
- 4) хронические абсцедирующие

68. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ГРУДНОГО РЕБЕНКА ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПРОВОДИТСЯ С

- 1)+ этмоидитом и дакриоциститом
- 2) стрептодермией кожи лица
- 3) острым гайморитом
- 4) острым паротитом

69. ЛИМФАДЕНИТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ хронические абсцедирующие
- 2) одонтогенные
- 3) травматические
- 4) стоматогенные

70. ЛИМФАДЕНИТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ПО ЭТИОЛОГИИ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ специфические
- 2) острые в стадии периаденита
- 3) острые серозные
- 4) хронические абсцедирующие

71. ЧАЩЕ ВСЕГО ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1)+ 1-2 месяца
- 2) 4-6 лет
- 3) 7-8 лет
- 4) 9-10 лет

72. ДЛЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА БОЛЬ В ОБЛАСТИ ПОРАЖЕННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1)+ характерна
- 2) не характерна
- 3) характерна при присоединении вторичной инфекции
- 4) характерна при воздействии световых раздражителей

73. ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ УСТЬЯ ПРОТОКА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1)+ снижено или полностью отсутствует
- 2) гнойное
- 3) с примесью фибрина
- 4) обильное

74. ДЛЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ одновременное поражение других слюнных желез
- 2) выделение гноя из устья выводного протока
- 3) гнойное расплавление паренхимы железы
- 4) наличие воспалительного инфильтрата

75. ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ НЕОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ СВЯЗАНА С НАРУШЕНИЕМ

- 1)+ эмбриогенеза лица
- 2) формирования зачатка зуба
- 3) развития зубного фолликула
- 4) формирования корня зуба

76. ПРИ УДАРЕ В ОБЛАСТЬ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СПРАВА ОТРАЖЁННЫЙ ПЕРЕЛОМ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ

- 1)+ левого мыщелкового отростка
- 2) правого венечного отростка
- 3) правого мыщелкового отростка
- 4) подбородка

77. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фильтрующийся вирус
- 2) гемолитический стрептококк
- 3) вирус Эпштейн-Барр
- 4) вирус герпеса

78. ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выделение слюны с примесью гноя из устья выводного протока
- 2) одновременное поражение других слюнных желез
- 3) орхит как осложнение
- 4) выделение чистой прозрачной слюны

79. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ

- 1)+ палочкой Коха
- 2) стрептококком в сочетании со стафилококком
- 3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
- 4) стафилококком

80. СИНОНИМ НОСОНЕБНОЙ КИСТЫ

- 1)+ киста резцового канала
- 2) глобуломаксиллярная киста
- 3) шаровидно-верхнечелюстная киста
- 4) носогубная киста

81. ОСТЕОМИЕЛИТЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ПО ЭТИОЛОГИИ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ гематогенные
- 2) первично-хронические
- 3) хронические деструктивно-продуктивные
- 4) хронические деструктивные

82. ГНОЙНОЕ РАСПЛАВЛЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАРОТИТА

- 1)+ новорожденных
- 2) хронического рецидивирующего паренхиматозного
- 3) острого эпидемического
- 4) ложного Герценберга

83. СТЕНОНОВ ПРОТОК РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ на наружной поверхности жевательной мышцы
- 2) в толще жевательной мышцы
- 3) в толще жирового комка Биша
- 4) на внутренней поверхности жевательной мышцы

84. ЗУБОСОДЕРЖАЩУЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ радикулярной кистой
- 2) репаративной гранулемой
- 3) цементомой
- 4) одонтомой

85. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ С

- 1)+ новообразованиями околоушной слюнной железы
- 2) дермоидными кистами
- 3) анкилозом височно-нижнечелюстного сустава
- 4) острым гнойным отитом

86. УСТЬЕ СТЕНОНОВА ПРОТОКА РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ на слизистой оболочке щеки
- 2) в подъязычной области
- 3) в ретромолярном пространстве
- 4) на слизистой оболочке у переднего края жевательной мышцы

87. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО И ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выделение гноя из протока железы
- 2) симметричное поражение обеих околоушных слюнных желе
- 3) наличие болей
- 4) тестоватая консистенция железы

88. ПЕРИОСТИТЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ПО ЭТИОЛОГИИ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ травматические
- 2) острые серозные
- 3) хронические простые
- 4) хронические оссифицирующие

89. ЛИМФАДЕНИТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ПО ЭТИОЛОГИИ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ риногенные
- 2) острые в стадии периаденита
- 3) острые серозные
- 4) острые гнойные

90. ЛИМФАДЕНИТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ПО ЭТИОЛОГИИ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ тонзилгенные
- 2) острые гнойные
- 3) хронические гиперпластические
- 4) хронические абсцедирующие

91. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ

- 1)+ лучистым грибом
- 2) стрептококком
- 3) стафилококком в сочетании со стрептококком
- 4) кишечной палочкой

92. МНОЖЕСТВЕННЫЕ КЕРАТОКИСТЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ, БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЕ НЕВУСЫ КОЖИ ВХОДЯТ В СОСТАВ СИНДРОМА

- 1)+ Горлина-Гольца
- 2) Морфана
- 3) Крузона
- 4) Гольденхара

93. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНКИЛОЗА ВНЧС У ДЕТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ гематогенный остеомиелит нижней челюсти
- 2) острый артрит
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) целлюлит околоушно-жевательной области

94. СУСТАВНОЙ ДИСК ИМЕЕТ ФОРМУ _____ ПЛАСТИНКИ

- 1)+ двояковогнутой
- 2) вытянутой по горизонтали
- 3) овальной
- 4) округлой

95. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СИСТЕМОЙ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ наружной сонной
- 2) общей сонной
- 3) внутренней сонной
- 4) верхней щитовидной

96. ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ блоковидным комбинированным
- 2) шарнирным
- 3) парным осевым
- 4) ложным

97. У ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ РАЗЛИЧАЮТ

- 1)+ четыре отростка
- 2) один отросток
- 3) три отростка
- 4) пять отростков

98. У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВОСПАЛЯЕТСЯ/ВОСПАЛЯЮТСЯ

- 1)+ околоушная слюнная железа
- 2) подъязычная слюнная железа
- 3) малые слюнные железы слизистой губ
- 4) поднижнечелюстная слюнная железа

99. ВНЕШНИЙ ВИД РЕБЕНКА С ДВУХСТОРОННИМ КОСТНЫМ АНКИЛОЗОМ ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ профилем «птичьего» лица
- 2) верхней микрогнатией
- 3) верхней ретрогнатией
- 4) несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами

100. ГНОЙНОЕ РАСПЛАВЛЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЕНИЕ

- 1)+ крайне редкое
- 2) редкое
- 3) частое
- 4) обязательное

101. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ ДВУХСТОРОННЕГО КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ полное отсутствие движений нижней челюсти
- 2) выраженный болевой симптом
- 3) нарушение глотания
- 4) шум в ушах

102. ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ ОТНОСИТСЯ К

- 1)+ диартрозному
- 2) сложному
- 3) комплексному
- 4) составному

103. К ЗАДНЕЙ ГРУППЕ МЫШЦ, ПОДНИМАЮЩИХ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ, ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ жевательная, латеральная крыловидная, височная, медиальная крыловидная
- 2) жевательная, латеральная крыловидная
- 3) жевательная, двубрюшная, щечная
- 4) жевательная, височная, медиальная крыловидная

104. ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ – ЭТО _____ СОЧЛЕНЕНИЕ СУСТАВНЫХ ГОЛОВОК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С СУСТАВНЫМИ ПОВЕРХНОСТЯМИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ ЯМОК _____

- 1)+ парное; височных костей
- 2) парное; клиновидных костей
- 3) непарное; слуховой кости
- 4) непарное; височных костей

105. СИНОВИАЛЬНУЮ ЖИДКОСТЬ ВЫРАБАТЫВАЮТ _____ КЛЕТКИ

- 1)+ эндотелиальные
- 2) ретикулярные
- 3) бокаловидные
- 4) фагоцитарные

106. СУСТАВНОЙ ДИСК ОБРАЗОВАН

- 1)+ плотной фиброзной соединительной тканью
- 2) эластическим хрящом
- 3) гиалиновым хрящом
- 4) грубоволокнистой соединительной тканью

107. ВЫСОТА СУСТАВНОГО БУТОРКА

- 1)+ зависит от возраста и вида окклюзии
- 2) зависит только от возраста
- 3) зависит только от окклюзии
- 4) не зависит от возраста

108. В ВНЧС ВОЗМОЖНЫ ДВИЖЕНИЯ

- 1)+ вертикальные, трансверзальные и сагиттальные
- 2) только сагиттальные
- 3) только трансверзальные
- 4) вертикальные и трансверзальные

109. К МЫШЦАМ, ДВИГАЮЩИМ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ КПЕРЕДИ ОТНОСЯТ

- 1)+ латеральную крыловидную, челюстно-язычную
- 2) височную, жевательную, челюстно-язычную
- 3) челюстно-язычную, височную
- 4) круговую мышцу рта, жевательную

110. СУСТАВНАЯ КАПСУЛА ПРЕДСТАВЛЕНА

- 1)+ двумя слоями: наружным – фиброзным, внутренним – эпителиальным
- 2) одним слоем - эластическим
- 3) одним слоем - фиброзным
- 4) двумя слоями: наружным – эластическим, внутренним – эпителиальным

111. СУСТАВНОЙ БУТОРОК ОТСУТСТВУЕТ

- 1)+ у новорожденных
- 2) до 1 года
- 3) до 2-3 лет
- 4) до 5-6 лет

112. ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ КОСТЬ СОСТОИТ

- 1)+ из тела и четырех отростков
- 2) только из тела
- 3) из тела и двух отростков
- 4) из тела и трех отростков

113. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНКИЛОЗА ВНЧС У ДЕТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ мастоидит у кормящей матери
- 2) артрит
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) целлюлит околоушно-жевательной области

114. КАЛЬКУЛЁЗНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ У ДЕТЕЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО РАЗВИВАЕТСЯ В ЖЕЛЕЗАХ

- 1)+ поднижнечелюстных
- 2) околоушных
- 3) малых слюнных слизистой оболочки нижней губы
- 4) подъязычных

115. МЫШЕЛКОВЫЙ ОТРОСТОК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИМЕЕТ ФОРМУ

- 1)+ эллипсовидную
- 2) округлую
- 3) уплощенную
- 4) параболическую

116. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ сплошным костным конгломератом
- 2) прерывистой суставной щелью
- 3) зоной склероза суставной головки
- 4) деформацией суставной головки

117. ВЫДЕЛЯЮТ ТРИ ТИПА СТРОЕНИЯ ВНЧС

- 1)+ «плоский сустав», умеренно выпукло-вогнутый, подчеркнуто выпукло-вогнутый
- 2) поверхностный, глубокий и плоский
- 3) поверхностный, седловидный и округлый
- 4) поверхностный, глубокий, подчеркнуто выпукло-вогнутый

118. МЫШЦА, ПОДНИМАЮЩАЯ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

- 1)+ височная
- 2) скуловая
- 3) челюстно-подъязычная
- 4) челюстно-язычная

119. ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- 1)+ 14
- 2) 3-5
- 3) 7-8
- 4) 30

120. СУСТАВНАЯ КАПСУЛА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ _____ ОБОЛОЧКУ

- 1)+ соединительнотканную
- 2) грануляционную
- 3) сухожильную
- 4) эпителиальную

121. ДЛЯ ОСТРОГО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА СИММЕТРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБЕИХ ЖЕЛЁЗ

- 1)+ характерно
- 2) не характерно
- 3) обязательно только для детей с патологией ЖКТ
- 4) обязательно только для детей с эндокринной патологией

122. ПОД АНКИЛОЗОМ ПОНИМАЮТ

- 1)+ отсутствие движения в суставе
- 2) ограничение и боль при движении в суставе
- 3) периодическое ограничение движения в суставе
- 4) затрудненное движение в суставе

123. ЛАТИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1)+ maxilla
- 2) mandibular
- 3) zygomatium
- 4) palatinum

124. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНКИЛОЗА ВНЧС У ДЕТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ травма мышечковых отростков нижней челюсти
- 2) анкилоглоссия
- 3) целлюлит околоушно-жевательной области
- 4) околоушный гипергидроз

125. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1)+ a. mandibularis
- 2) a. bucalis
- 3) a. maxillaris
- 4) a. temporalis

126. КОНГРУЭНТНОСТЬ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ЯМКИ И МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ЗА СЧЕТ

- 1)+ внутрисуставного диска
- 2) внутрисуставных связок
- 3) латеральной крыловидной мышцы
- 4) хрящевого покрытия суставной головки

127. МЫШЦА, ОПУСКАЮЩАЯ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

- 1)+ челюстно-подъязычная
- 2) жевательная
- 3) височная
- 4) скуловая

128. ФОРМА СУСТАВНОГО ДИСКА

- 1)+ двояковогнутая овальная
- 2) округлая, с выпуклостью в верхней части
- 3) округлая, с вогнутостью в нижней части
- 4) эллипсовидная

129. СМЕЩЕНИЕ ДИСКА В СВОЕ ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПОСЛЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВПЕРЕД ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- 1)+ эластическими связками сустава
- 2) медиальной крыловидной мышцей
- 3) капсулой сустава
- 4) латеральной крыловидной мышцей

130. К ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЕ МЫШЦ, ОПУСКАЮЩИХ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ, ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ двубрюшные, челюстно-подъязычная, подбородочно-подъязычная
- 2) подбородочно-подъязычная, челюстно-язычная, челюстно-подъязычная
- 3) челюстно-подъязычная, язычно-подъязычная, грудино-подъязычная
- 4) двубрюшные, челюстно-подъязычная, грудино-подъязычная

131. МЫШЦА, ПОДНИМАЮЩАЯ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

- 1)+ медиальная крыловидная
- 2) челюстно-язычная
- 3) челюстно-подъязычная
- 4) язычная

132. К ВНЕСУСТАВНЫМ СВЯЗКАМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ височно-челюстная, шило-челюстная, клиновидно-челюстная
- 2) шило-челюстная, межкрыловидная
- 3) челюстно-подъязычная, шило-челюстная, межкрыловидная
- 4) клиновидно-челюстная, шило-челюстная, челюстно-подъязычная

133. ВЫДЕЛЕНИЕ ГНОЙНОГО СЕКРЕТА ИЗ УСТЬЯ ВЫВОДНОГО ПРОТОКА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАРОТИТА

- 1)+ хронического рецидивирующего паренхиматозного в стадии обострения
- 2) острого эпидемического
- 3) калькулёзного хронического в стадии ремиссии
- 4) болезни Шегрена

134. МЫШЦА, ОПУСКАЮЩАЯ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

- 1)+ переднее брюшко двубрюшной мышцы
- 2) круговая мышца рта
- 3) скуловая
- 4) жевательная

135. МЫШЦА, УЧАСТВУЮЩАЯ В БОКОВЫХ ДВИЖЕНИЯХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1)+ латеральная крыловидная
- 2) скуловая
- 3) височная
- 4) челюстно-подъязычная

136. МЕНТАЛЬНОЕ ОТВЕРСТИЕ ВЫХОДИТ НА УРОВНЕ ЗУБОВ

- 1)+ 3.4, 3.5 – 4.4, 4.5
- 2) 3.4, 3.3 – 4.4, 4.3
- 3) 3.3, 3.2 – 4.3, 4.2
- 4) 3.5, 3.6 – 4.5, 4.6

137. ЛАТИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1)+ mandibular
- 2) zygomaticum
- 3) maxilla
- 4) palatinum

138. ИНЕРВАЦИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ОТ

- 1)+ n. maxillaris
- 2) n. facialis
- 3) n. mentalis
- 4) n. temporalis

139. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ резкое ограничение подвижности нижней челюсти
- 2) нарушение глотания
- 3) выраженный болевой симптом
- 4) шум в ушах

140. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ

- 1)+ a. maxillaris
- 2) a. temporalis
- 3) a. facialis
- 4) a. mentalis

141. МЫШЦА, ПОДНИМАЮЩАЯ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

- 1)+ жевательная
- 2) щечная
- 3) челюстно-язычная
- 4) скуловая

142. ВНЕШНИЙ ВИД РЕБЕНКА С ДВУХСТОРОННИМ КОСТНЫМ АНКИЛОЗОМ ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ уплощением и укорочением тела и ветвей нижней челюсти
- 2) несимметрично гипертрофированными жевательными мышцами
- 3) нижней макрогнатией
- 4) верхней микрогнатией

143. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС
- 2) нижняя макрогнатия
- 3) глубокое резцовое перекрытие
- 4) артрит ВНЧС

144. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ АРТРИТА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стойкое ограничение подвижности нижней челюсти
- 2) выраженный болевой симптом
- 3) нарушение глотания
- 4) шум в ушах

145. КОНТРАКТУРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ

- 1)+ воспалительная
- 2) герпетическая
- 3) множественная
- 4) боковая

146. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение высоты суставного бугорка
- 2) снижение высоты прикуса
- 3) глубокое резцовое перекрытие
- 4) нижняя макрогнатия

147. К ПРИОБРЕТЕННЫМ ПЕРВИЧНО-КОСТНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ВНЧС, ВОЗНИКШИМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСТЕОАРТРИТА, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ вторично-деформирующий остеоартроз
- 2) синдром Гольденхара
- 3) хронический артрит
- 4) синдром болевой дисфункции

148. ВЫДВИЖЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВПЕРЕД ПРОИСХОДИТ ПРИ СОКРАЩЕНИИ

- 1)+ двустороннем латеральных крыловидных мышц
- 2) жевательной мышцы
- 3) двубрюшной мышцы
- 4) подъязычно-язычной мышцы

149. КОНСИСТЕНЦИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ КИСТЫ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1)+ эластичная
- 2) плотная, неоднородная
- 3) плотно-эластичная, неоднородная
- 4) твердая

150. ПРОЛАПС СУСТАВНОГО ДИСКА – ЭТО

- 1)+ переднее смещение диска без редукции
- 2) положение диска за суставным бугорком
- 3) ущемление диска
- 4) воспаление диска

151. ХАРАКТЕР ЭКСКУРСИЙ СУСТАВНЫХ ГОЛОВОК ПРИ ОТКРЫВАНИИ РТА ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ вида прикуса
- 2) количества зубов
- 3) расположения уздечек
- 4) положения языка

152. К ВНУТРИСУСТАВНОМУ ДИСКУ И КАПСУЛЕ ВНЧС ПРИКРЕПЛЯЕТСЯ/ПРИКРЕПЛЯЮТСЯ

- 1)+ латеральная крыловидная мышца
- 2) глубокие слои височной мышцы
- 3) жевательная мышца
- 4) медиальная крыловидная мышца

153. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ невозможность сомкнуть зубы
- 2) снижение высоты прикуса
- 3) слезотечение
- 4) головокружение

154. ВИДОМ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ передний
- 2) средний
- 3) прямой
- 4) вертикальный

155. К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ОСТРОГО АРТРИТА ВНЧС В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ боль, ограничение открывания рта
- 2) тризм жевательных мышц
- 3) боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в ВНЧС
- 4) прогению, открытый прикус

156. ДИАГНОЗ АРТРИТ ВНЧС СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ

- 1)+ клинико-рентгенологического исследования
- 2) кожных проб
- 3) ЭОД
- 4) данных клинического анализа крови

157. ТЕРМИНОМ «РАНУЛА» ОБОЗНАЧАЛИСЬ РЕТЕНЦИОННЫЕ КИСТЫ В ОБЛАСТИ

- 1)+ дна рта
- 2) нижней губы
- 3) мягкого нёба
- 4) кончика языка

158. МИКРОСКОПИЧЕСКИ В ОСТРОЙ ФАЗЕ АРТРИТА ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

- 1)+ отек и гиперемия синовиальной оболочки, капсулы
- 2) пролиферативный процесс
- 3) имбибиция синовиальной оболочки
- 4) уменьшение суставной жидкости

159. ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ острым отитом
- 2) острым гайморитом
- 3) переломом верхней челюсти
- 4) флегмоной поднижнечелюстной области

160. НАРУШЕНИЕ ПРОЦЕССА ЗУБООБРАЗОВАНИЯ, ЧАСТИЧНАЯ ПЕРВИЧНАЯ АДЕНТИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ эктодермальной дисплазии
- 2) амелобластомы
- 3) остеомы
- 4) саркомы Юинга

161. «КОФЕЙНЫЕ ПЯТНА», ОПУХОЛИ ПО ХОДУ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ, СУДОРОГИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ болезни Реклингаузена
- 2) гемангиомы
- 3) лимфангиомы
- 4) синдрома Франческетти

162. СУСТАВНОЙ ШУМ ЯВЛЯЕТСЯ РАННИМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ артроза
- 2) мастоидита
- 3) отита
- 4) вывиха

163. ПРИЧИНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ абсцесс челюстно-лицевой области
- 2) артроз ВНЧС
- 3) флебит угловой вены
- 4) невралгия тройничного нерва

164. НА ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ШЕЙКИ МЫШЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ БЛИЗОСТИ К ВНЧС РАСПОЛАГАЕТСЯ _____ АРТЕРИЯ

- 1)+ верхнечелюстная
- 2) глубокая височная
- 3) позадиушная
- 4) лицевая

165. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТЕОСАРКОМЫ ПРИ ОСТЕОЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ

- 1)+ дефект костной ткани неправильной формы со смазанными неровными краями
- 2) в виде нескольких полостей с четкими контурами
- 3) очаг деструкции с четкими контурами в области верхушек зубов
- 4) деструкция кости в виде множественных очагов

166. СОДЕРЖИМОЕ МИКСОМЫ ЧАЩЕ БЫВАЕТ

- 1)+ белесоватым, мутным, тягучим
- 2) кровянисто-бурым, не содержащим холестерин
- 3) янтарного цвета с кристаллами холестерина
- 4) с кровью

167. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ЦЕМЕНТОМЫ МОЖНО УСТАНОВИТЬ ПОСЛЕ

- 1)+ патогистологического исследования
- 2) рентгенографии
- 3) клинического осмотра больного
- 4) пункции и цитологического исследования

168. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ деструкцией кости в виде множественных очагов
- 2) костными изменениями типа «матового стекла»
- 3) костными изменениями типа «тающего сахара»
- 4) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении

169. ОСТЕОСАРКОМА ОТНОСИТСЯ К ОПУХОЛЯМ

- 1)+ злокачественным костеобразующим
- 2) костно-мозговым
- 3) сосудистым
- 4) злокачественным хрящеобразующим

170. ОДОНТОМА МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ

- 1)+ если располагается в месте прохождения нерва и сдавливает его
- 2) если располагается на верхней челюсти
- 3) зависит от вида образования
- 4) зависит от размера образования

171. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОСТЕОХОНДРОМЫ

- 1)+ на суставной головке нижней челюсти
- 2) на красной кайме нижней губы
- 3) на слизистой оболочке альвеолярного отростка
- 4) в области угла нижней челюсти

172. ОДОНТОМЫ ИМЕЮТ КАПСУЛУ

- 1)+ да, всегда
- 2) очень редко
- 3) зависит от вида одонтомы
- 4) зависит от интенсивности роста опухоли

173. ПОД ОСТЕОМОЙ ПОНИМАЮТ

- 1)+ доброкачественное образование из зрелой костной ткани
- 2) доброкачественную опухоль, состоящую из зрелой фиброзной соединительной ткани
- 3) доброкачественную опухоль, состоящую из зрелой жировой ткани
- 4) злокачественную опухоль фибропластического происхождения

174. ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ХОНДРОМЫ

- 1)+ состоит из гиалинового хряща
- 2) цементоподобная ткань с разной степенью минерализации
- 3) отдельная зубоподобная структура
- 4) пролиферирующий одонтогенный эпителий

175. АМЕЛОБЛАСТОМУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ радикулярной кистой
- 2) твердой одонтомой
- 3) цементомой
- 4) пародонтитом

176. СЛОЖНАЯ ОДОНТОМА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

- 1)+ доброкачественных одонтогенных опухолей
- 2) опухолеподобных образований
- 3) злокачественных одонтогенных опухолей
- 4) воспалительных заболеваний

177. ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ разрастанием клеточно-волокнутой остеогенной ткани и наличием незрелых костных балочек
- 2) пролиферирующим одонтогенным эпителием
- 3) разной степени минерализованной цементоподобной тканью
- 4) отдельными зубоподобными структурами, представляющими все ткани зуба

178. ХОНДРОМА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

- 1)+ доброкачественных хрящобразующих опухолей
- 2) доброкачественных одонтогенных опухолей
- 3) предраков
- 4) злокачественных одонтогенных опухолей

179. ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ СОСТАВНОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ отдельными зубоподобными структурами представляющими все ткани зуба
- 2) разной степени минерализованной цементоподобной тканью
- 3) тонкой фиброзной капсулой, выстланной ороговевающим плоским эпителием
- 4) обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат

180. К ВИДАМ ОСТЕОМЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ периферическую и центральную
- 2) капиллярную и кавернозную
- 3) боковую и срединную
- 4) веррукозную и эрозивную

181. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЕ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ остеолитическими деструктивными изменениями в межзубных перегородках по типу горизонтального рассасывания
- 2) деструкцией кости в виде множественных очагов
- 3) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении
- 4) костными изменениями типа «тающего сахара»

182. СИНОНИМОМ ИСТИННОЙ ЦЕМЕНТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ доброкачественная цементобластома
- 2) периапикальная цементодисплазия
- 3) цементирующая фиброма
- 4) твердая одонтома

183. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КИСТЫ И АМЕЛОБЛАСТОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- 1)+ патогистологического исследования
- 2) анамнеза
- 3) клинической симптоматики
- 4) данных рентгенографии

184. ЭОЗИНОФИЛЬНУЮ ГРАНУЛЕМУ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1)+ остеосаркомой
- 2) ретенционной кистой
- 3) плеоморфной аденомой
- 4) остеомиелитом челюсти

185. ОСТЕОХОНДРОМУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ фиброзной дисплазией
- 2) остеомиелитом челюсти
- 3) радикулярной кистой
- 4) цементомой

186. ЦЕМЕНТОМА РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ

- 1)+ соединительной ткани
- 2) эпителиальной ткани
- 3) сосудистой ткани
- 4) лимфатических сосудов

187. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной "матового стекла"
- 2) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
- 3) множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
- 4) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

188. ОСТЕОМА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

- 1)+ костеобразующих опухолей
- 2) злокачественных одонтогенных опухолей
- 3) опухолеподобных образований
- 4) предраков

189. СРЕДИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ РАЗЛИЧАЮТ

- 1)+ очаговую, диффузную, генерализованную
- 2) язвенную, язвенно-некротическую
- 3) капиллярную, кавернозную
- 4) продуктивную, деструктивную

190. К КОСТЕОБРАЗУЮЩИМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ остеома
- 2) остеокластома
- 3) миелома
- 4) гистиоцитоз Х

191. КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ОСТЕОХОНДРОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ деформация костного характера в области сустава
- 2) синюшно-бурое бугристое образование на десне, мягкой консистенции
- 3) плотное болезненное образование на широком основании
- 4) ограниченный участок ороговения десны

192. СИММЕТРИЧНОЕ УТОЛЩЕНИЕ УГЛОВ И ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ фиброзной дисплазии (херувизма)
- 2) синдрома Олбрайта
- 3) остеонид-остеомы
- 4) гигантоклеточной опухоли

193. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ зудом и кровоточивостью десен, подвижностью интактных зубов, атрофией десен, обнажением корней зубов
- 2) периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
- 3) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 4) язвенным гингивитом, стоматитом

194. К ФОРМАМ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ моноссальную, полиоссальную
- 2) язвенную, язвенно-некротическую
- 3) ячеистую, кистозную, литическую
- 4) продуктивную, деструктивную

195. ОСТЕОХОНДРОМУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ остеоартрозом ВНЧС
- 2) миксомой
- 3) гемангиомой
- 4) остеомиелитом челюсти

196. ПОД ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ПОНИМАЮТ

- 1)+ опухолеподобное образование кости
- 2) мягкотканную опухоль
- 3) истинную одонтогенную опухоль
- 4) костную опухоль

197. ОДОНТОМА СОСТОИТ ИЗ

- 1)+ эпителиального и мезенхимального компонентов
- 2) мезенхимального компонента
- 3) эпителиального компонента
- 4) зависит от вида одонтомы

198. ОСТЕОХОНДРОМА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

- 1)+ доброкачественных хрящобразующих опухолей
- 2) предраков
- 3) сосудистых опухолей
- 4) опухолеподобных образований

199. ОСТЕОМУ (КОМПАКТНУЮ) ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1)+ одонтомой
- 2) остеомиелитом
- 3) репаративной гранулемой
- 4) радикулярной кистой

200. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОЧАГОВОЙ ФОРМЫ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ деструктивными дырчатыми дефектами с четкими границами
- 2) костными изменениями типа «матового стекла»
- 3) четкими контурами и тенью зуба в полости
- 4) костными изменениями типа «тающего сахара»

201. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ «АМЕЛОБЛАСТОМА» СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ

- 1)+ гистологического исследования
- 2) цитологии
- 3) опроса
- 4) клинико-рентгенологического обследования

202. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ В ТЕЧЕНИИ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ очаговое нарушение костеобразования
- 2) острый пульпит
- 3) перелом челюсти
- 4) хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка

203. ОДОНТОМЫ РАСТУТ, КАК ПРАВИЛО

- 1)+ медленно и безболезненно
- 2) медленно, но болезненно
- 3) быстро и безболезненно
- 4) быстро и болезненно

204. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ «ОСТЕОХОНДРОМА» СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ

- 1)+ гистологии
- 2) опроса
- 3) цитологии
- 4) клинико-рентгенологического исследования

205. ПО РЕНТГЕНПЛОТНОСТИ ТКАНИ НАИБОЛЕЕ ПЛОТНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ИМЕЕТ

- 1)+ цементома
- 2) остеома
- 3) фиброма
- 4) амелобластома

206. ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ОСТЕОСАРКОМУ С

- 1)+ гигантоклеточной опухолью
- 2) кистой челюсти
- 3) остеомиелитом челюсти
- 4) ретенционной кистой

207. РОСТ АМЕЛОБЛАСТОМ

- 1)+ медленный и безболезненный
- 2) быстрый и безболезненный
- 3) быстрый и болезненный
- 4) медленный и болезненный

208. НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ паратиреоидной дистрофии
- 2) фиброзной дисплазии
- 3) синдроме Олбрайта
- 4) переломе челюсти

209. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОСТЕОМЫ ХАРАКТЕРНЫМ СЧИТАЮТ

- 1)+ ограниченный очаг остеосклероза неправильной формы, небольшого размера (1-1,5 см)
- 2) нечеткие границы в области образования
- 3) изменения типа «тающего сахара»
- 4) очаг деструкции с четкими контурами в области верхушек зубов

210. ДИАГНОЗ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ

- 1)+ клинико-рентгенологического обследования
- 2) цитологии
- 3) гистологии
- 4) опроса

211. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТЕОХОНДРОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ деформацией и увеличением головки нижней челюсти
- 2) костными изменениями в виде «матового стекла»
- 3) деструкцией с четкими контурами и тенью зуба в полости
- 4) несколькими полостями с четкими контурами

212. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ «ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ» СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ

- 1)+ гистологического исследования
- 2) жалоб
- 3) клинического обследования
- 4) рентгенологического исследования

213. РОТОВОЙ ТИП ДЫХАНИЯ ПРИВОДИТ К

- 1)+ сужению верхнего зубного ряда
- 2) формированию диастемы
- 3) формированию вредной привычки
- 4) дистализации моляров верхней челюсти

214. ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пустая лунка зуба
- 2) укорочение видимой части коронки
- 3) увеличение видимой части коронки
- 4) смещение коронки в сторону

215. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ЛИНГВАЛЬНО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- 1)+ язычное
- 2) инфраположение
- 3) супраположение
- 4) вестибулярное

216. НЁБНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ

- 1)+ палатоокклюзии
- 2) дистальной окклюзии
- 3) глубокой резцовой окклюзии
- 4) трансверсальной резцовой окклюзии

217. ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ АНЕВРИЗМАЛЬНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ остеокластическим поражением, состоящим из заполненных кровью полостей различного размера
- 2) пролиферирующим одонтогенным эпителием
- 3) обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично и образующими единый конгломерат
- 4) тонкой фиброзной капсулой, выстланной ороговевающим плоским эпителием

218. НАЧАЛЬНЫМ МОМЕНТОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА СЛУЖИТ

- 1)+ альтерация
- 2) пролиферация
- 3) экссудация
- 4) дегенерация

219. АНЕВРИЗМАЛЬНАЯ КИСТА ОТНОСИТСЯ К

- 1)+ опухолеподобным образованиям
- 2) истинным опухолям
- 3) порокам развития зубной ткани
- 4) одонтогенным кистам челюстей

220. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ ОДНОСТОРОННЕГО ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ смещение нижней челюсти в здоровую сторону
- 2) нарушение глотания
- 3) множественный кариес
- 4) шум в ушах

221. ПАЛАТИНООККЛЮЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК _____ ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ

- 1)+ нёбное
- 2) лингвальное
- 3) щёчное
- 4) вестибулярное

222. ПАТОЛОГИЯ ВНЧС, ПРИ КОТОРОЙ НАРУШАЕТСЯ КООРДИНАЦИЯ ФУНКЦИЙ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ВЗАИМНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ СУСТАВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ мышечно-суставной дисфункцией
- 2) мышечной дисфункцией
- 3) суставной дисфункцией
- 4) анкилозом

223. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ ОТНОСИТЕЛЬНО ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- 1)+ супра-, инфра-
- 2) медиальное
- 3) латеральное
- 4) мезиальное

224. ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛЬЮ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ мономорфная аденома
- 2) мукоэпидермальная
- 3) ацинозноклеточная
- 4) карцинома

225. ЛИНГВООККЛЮЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК _____ ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ

- 1)+ язычное
- 2) нёбное
- 3) щёчное
- 4) вестибулярное

226. В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЭОЗИНОФИЛЬНУЮ ГРАНУЛЕМУ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1)+ пародонтитом
- 2) твердой одонтомой
- 3) цементомой
- 4) радикулярной кистой

227. АНЕВРИЗМАЛЬНУЮ КИСТУ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1)+ амелобластомой
- 2) цементомой
- 3) фолликулярной кистой
- 4) остеомиелитом

228. БОРОДАВКИ – ЭТО НОВООБРАЗОВАНИЯ _____ ПРОИСХОЖДЕНИЯ

- 1)+ доброкачественные вирусного
- 2) злокачественные вирусного
- 3) доброкачественные бактериального
- 4) злокачественные бактериального

229. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕПОЛНОГО ВЫВИХА ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ равномерное расширение периодонтальной щели
- 2) наличие в периапикальных тканях очага просветления с нечеткими контурами
- 3) наличие в периапикальных тканях очага просветления с четкими контурами
- 4) наличии линии перелома в апикальной трети корня

230. К ФОРМЕ АНКИЛОЗА ВНЧС ОТНОСЯТ

- 1)+ фиброзный
- 2) гнойный
- 3) слипчивый
- 4) серозный

231. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ расположение режущего края апикальнее окклюзионной плоскости
- 2) отечность мягких тканей лица
- 3) болезненность при пальпации по переходной складке в проекции вершины корня
- 4) ночные самопроизвольные боли

232. ТРАВМА ЗАЧАТКА ПОСТОЯННОГО ЗУБА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ТРАВМЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА В ВИДЕ ВЫВИХА

- 1)+ вколоченного
- 2) неполного
- 3) полного
- 4) частичного

233. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипертрофия жевательных мышц на стороне поражения
- 2) выраженный болевой симптом
- 3) множественный кариес
- 4) нарушение глотания

234. ДЛЯ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ зачатка зуба внутри кисты
- 2) нечетких контуров
- 3) внутренних перегородок – септ
- 4) зуба – источника инфекции

235. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРОВОДИМЫМ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА «НОВООБРАЗОВАНИЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ», ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цитологический
- 2) биохимический
- 3) физикальный
- 4) биометрический

236. СИНОНИМОМ СМЕШАННОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ плеоморфная аденома
- 2) мукоэпидермоидная
- 3) ацинозноклеточная
- 4) мономорфная аденома

237. МЕЗИАЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ ЗУБА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК АНОМАЛИЯ

- 1)+ положения
- 2) формы
- 3) количества
- 4) структуры твердых тканей

238. СООТНОШЕНИЕ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ПО 1 КЛАССУ ЭНГЛЯ СООТВЕТСТВУЕТ _____ ОККЛЮЗИИ В БОКОВОМ ОТДЕЛЕ

- 1)+ физиологической
- 2) мезиальной
- 3) дистальной
- 4) перекрестной

239. ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛЬЮ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ плеоморфная аденома
- 2) карцинома
- 3) ацинозноклеточная
- 4) мукоэпидермоидная

240. К ФОРМЕ АНКИЛОЗА ВНЧС ОТНОСЯТ

- 1)+ костный
- 2) катаральный
- 3) пролиферирующий
- 4) атрофический

241. ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ полями гистиоцитарных клеток
- 2) отдельными зубоподобными структурами
- 3) разной степени минерализованной цементоподобной тканью
- 4) пролиферирующим одонтогенным эпителием

242. КАЖДЫЙ ЗУБ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АНТАГОНИРУЕТ С ОДНОИМЕННЫМ ЗУБОМ

- 1)+ нижней челюсти и позадистоящим зубом
- 2) нижней челюсти
- 3) нижней челюсти и впередистоящим зубом
- 4) верхней челюсти

243. СМЕЩЕНИЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ ПОД

- 1)+ воздействием травмирующего агента
- 2) воздействием тяги мимической мускулатуры
- 3) тяжестью глазного яблока
- 4) воздействием силы тяжести кости

244. ПРИКУСЫВАНИЕ И ПРОКЛАДЫВАНИЕ ЯЗЫКА ПРИВОДИТ К ОБРАЗОВАНИЮ _____ ДИЗОККЛЮЗИИ

- 1)+ вертикальной
- 2) глубокой резцовой
- 3) дистальной
- 4) мезиальной

245. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕПОЛНОГО ВЫВИХА ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подвижность зуба
- 2) отечность мягких тканей лица
- 3) болезненность при пальпации по переходной складке в проекции верхушки корня
- 4) ночные самопроизвольные боли

246. МЕСТНОДЕСТРУКТИВНЫМ РОСТОМ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ мукоэпидермоидная опухоль
- 2) плеоморфная аденома
- 3) аденолимфома
- 4) мономорфная аденома

247. ПОЛНАЯ КОСТНАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ В ЛУНКЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПОСТОЯННОГО ЗУБА У ДЕТЕЙ ПРОИСХОДИТ В ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ 3–6 месяцев
- 2) 2–4 недели
- 3) 4–6 недель
- 4) 6–8 недель

248. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА НЁБНО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- 1)+ оральное
- 2) мезиальное
- 3) супраположение
- 4) дистальное

249. ОБМЕН МЕСТАМИ ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ транспозиция
- 2) супраположение
- 3) вестибулярное
- 4) инфраположение

250. В НОРМЕ ПЕРВЫЕ МОЛЯРЫ ИМЕЮТ

- 1)+ по 2 антагониста
- 2) по 1 антагонисту
- 3) смыкание с клыками
- 4) смыкание с боковыми резцами

251. ПАРНОЕ СОЧЛЕНЕНИЕ СУСТАВНЫХ ГОЛОВОК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С СУСТАВНЫМИ ПОВЕРХНОСТЯМИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ ЯМОК ВИСОЧНЫХ КОСТЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ височно-нижнечелюстным суставом
- 2) челюстным соединением
- 3) мандибулярным суставом
- 4) ложным суставом

252. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рентгенография
- 2) биопсия
- 3) радиоизотопный
- 4) цитологический

253. ОПТИЧЕСКАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ В УСЛОВНЫХ ЕДИНИЦАХ У ФУРКАЦИИ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ В НОРМЕ ПРИ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 178-208
- 2) 128-178
- 3) 42-64
- 4) 64-128

254. ВЕСТИБУЛООККЛЮЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК _____ ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ

- 1)+ щёчное
- 2) нёбное
- 3) лингвальное
- 4) язычное

255. ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛЬЮ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аденокистозная карцинома
- 2) лимфаденома
- 3) онкоцитоз
- 4) плеоморфная аденома

256. ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ, КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО ЛИМФАДЕНИТА, НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ

- 1)+ 1–3 лет
- 2) одного месяца
- 3) 4–5 лет
- 4) 6–7 лет

257. УМЕНЬШЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЫСОТЫ КОРОНКИ ЗУБА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ вколоченного вывиха
- 2) полного вывиха
- 3) вывиха зуба без смещения
- 4) ушиба зуба

258. НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ОТРАЖАЕТ ПОНЯТИЕ «ОТКРЫТЫЙ ПЕРЕЛОМ»

- 1)+ проходящий через зубной ряд, придаточные пазухи или с повреждением мягких тканей
- 2) с обязательным повреждением мягких тканей
- 3) перелом со смещением
- 4) с повреждением слизистой оболочки полости рта

259. ЧАСТИЧНОЕ ИЛИ ПОЛНОЕ СМЕЩЕНИЕ ЗУБА ИЗ ЛУНКИ В СТОРОНУ ТЕЛА ЧЕЛЮСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ вколоченный вывих
- 2) неполный вывих
- 3) полный вывих
- 4) перелом корня

260. ДЛЯ ДИСТОПИИ ЗУБОВ ХАРАКТЕРНЫМ СЧИТАЮТ

- 1)+ неправильное положение зуба
- 2) поворот зуба вокруг своей продольной оси
- 3) задержку прорезывания зуба
- 4) уменьшение коронки зуба

261. ВЫПАДЕНИЕ ЗУБА ИЗ ЕГО ЛУНКИ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ полный вывих
- 2) вколоченный вывих
- 3) неполный вывих
- 4) перелом корня

262. ХРОНИЧЕСКАЯ ТРАВМА ВОЗНИКАЕТ

- 1)+ вследствие длительного воздействия на зуб повышенной нагрузки
- 2) при воздействии на зуб продуктов распада и жизнедеятельности микроорганизмов
- 3) при кратковременном воздействии на зуб механической силы
- 4) при приеме лекарственных препаратов

263. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ВКОЛОЧЕННОГО (ВНЕДРЕННОГО) ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ОТНОСЯТ

- 1)+ укорочение видимой части коронки, отсутствие подвижности зуба
- 2) удлинение видимой части коронки, отсутствие подвижности зуба
- 3) подвижность зуба II-III степени, удлинение видимой части коронки зуба
- 4) подвижности зуба нет, изменений видимой части коронки нет

264. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА СИММЕТРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБЕИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ необязательным
- 2) обязательным
- 3) обязательным только для детей с патологией ЛОР-органов
- 4) обязательным только для детей с патологией ЖКТ

265. ЯЗЫК ПРИ ГЛОТАНИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОДНОГО ГОДА УПИРАЕТСЯ В

- 1)+ резцы верхней и нижней челюсти при сомкнутых зубах
- 2) нижнюю губу
- 3) резцы верхней и нижней челюсти при отсутствии их смыкания
- 4) верхнюю губу

266. ПРИ ОЖОГЕ II СТЕПЕНИ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ поверхностный эпидермис и капилляры
- 2) кожа и подлежащие ткани
- 3) поверхностный эпидермис
- 4) все слои эпидермиса

267. ДЛЯ ОСТРОГО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА СИММЕТРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБЕИХ ЖЕЛЁЗ

- 1)+ характерно
- 2) не характерно
- 3) обязательно только для детей с патологией ЛОР-органов
- 4) обязательно только для детей с патологией ЖКТ

268. ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИМ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ РЕЧИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ короткая уздечка языка
- 2) мощная уздечка верхней губы
- 3) нарушение сроков прорезывания зубов
- 4) пониженный тонус круговой мышцы рта

269. ПОЯВЛЕНИЕ СЫПИ, ОТЁКА ГУБ, ВЕК У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ

- 1)+ анафилактического шока
- 2) обморока
- 3) сердечно-сосудистого коллапса
- 4) болевого шока

270. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ УШИБА ЗУБА В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ СЧИТАЮТ

- 1)+ боли, усиливающиеся при накусывании
- 2) патологическую подвижность зуба
- 3) изменение данных электроодонтодиагностики
- 4) изменение окраски зуба

271. К АНОМАЛИЯМ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ вестибулярное прорезывание клыков
- 2) сверхкомплектные зубы
- 3) ретенцию клыков
- 4) раннее прорезывание клыков

272. ПРИ ОЖОГЕ I СТЕПЕНИ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ поверхностный эпидермис
- 2) кожа и подлежащие ткани
- 3) все слои эпидермиса
- 4) поверхностный эпидермис и капилляры

273. К ИСТИННЫМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ остеобластокластома
- 2) деформирующий остоз
- 3) зубосодержащая киста
- 4) травматическая костная киста

274. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ЛИМФАДЕНИТА ПОДЧЕЛЮСТНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У РЕБЕНКА 2-3 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфекционная
- 2) одонтогенная
- 3) травматическая
- 4) дерматогенная

275. ОСТРАЯ ТРАВМА ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1)+ кратковременном воздействии на зуб механической силы
- 2) действии постоянной нагрузки на зуб
- 3) воздействию на зуб продуктов распада и жизнедеятельности микроорганизмов
- 4) аномалиях прикуса

276. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ

- 1)+ палочкой Коха
- 2) стрептококком в сочетании со стафилококком
- 3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
- 4) стрептококком

277. ЭПИТЕЛИЙ, ПОКРЫВАЮЩИЙ АЛЬВЕОЛЯРНУЮ (ПРИКРЕПЛЕННУЮ) ЧАСТЬ ДЕСНЫ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ многослойный плоский неороговевающий
- 2) однослойный плоский
- 3) однослойный кубический
- 4) многослойный плоский ороговевающий

278. ПРИ ОЖОГЕ IV СТЕПЕНИ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ кожа и подлежащие ткани
- 2) поверхностный эпидермис
- 3) поверхностный эпидермис и капилляры
- 4) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

279. У ДЕТЕЙ 2-3 ЛЕТ СРЕДИ УКАЗАННЫХ ПРИЧИН ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРЕОБЛАДАЕТ ИНФЕКЦИЯ

- 1)+ ОРВИ
- 2) посттравматическая
- 3) одонтогенная от резцов верхней челюсти
- 4) одонтогенная от резцов нижней челюсти

280. ВЫДЕЛЕНИЕ ГНОЙНОГО СЕКРЕТА ИЗ УСТЬЯ ВЫВОДНОГО ПРОТОКА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАРОТИТА

- 1)+ хронического рецидивирующего паренхиматозного в стадии обострения
- 2) острого эпидемического
- 3) хронического рецидивирующего паренхиматозного в стадии ремиссии
- 4) калькулёзного хронического в стадии ремиссии

281. ПРОДУКТАМИ САЛЬНЫХ И ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ ЗАПОЛНЕНА

- 1)+ дермоидная киста
- 2) зубосодержащая киста
- 3) срединная киста шеи
- 4) ретенционная киста слюнных желез

282. НОРМОЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ФОРМА АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ

- 1)+ полукруглая
- 2) трапецевидная
- 3) эллиптическая
- 4) Y-образная

283. ПРИ ОЖОГЕ III СТЕПЕНИ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ все слои эпидермиса
- 2) кожа и подлежащие ткани
- 3) поверхностный эпидермис
- 4) поверхностный эпидермис и капилляры

284. ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ ПО

- 1)+ клинико-морфологическим признакам
- 2) характеру течения
- 3) локализации
- 4) частоте обнаружения

285. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ УШИБЫ ПОСТОЯННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие изменений на рентгенограмме
- 2) равномерное расширение периодонтальной щели
- 3) расширение периодонтальной щели у верхушки зуба
- 4) отсутствие периодонтальной щели у верхушки зуба

286. ЧАСТИЧНОЕ ИЛИ ПОЛНОЕ СМЕЩЕНИЕ ЗУБА ВГЛУБЬ ЛУНКИ И ДАЛЕЕ В ТЕЛО ЧЕЛЮСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ вколоченный вывих
- 2) неполный вывих
- 3) перелом корня
- 4) полный вывих

287. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ продольный перелом корня зуба
- 2) ретенция зуба
- 3) подвижность II степени
- 4) острый периодонтит

288. СРОК, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ПРОИСХОДИТ ПОЛНАЯ КОСТНАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ В ЛУНКЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПОСТОЯННОГО ЗУБА У ДЕТЕЙ

- 1)+ 3-6 месяцев
- 2) 2-4 недели
- 3) 4-6 недель
- 4) 6-8 недель

289. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ, ОТЛИЧАЮЩИМ ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дизонтогенетическая природа
- 2) частота обнаружения
- 3) быстрота роста
- 4) преимущественное поражение определенных тканей

290. УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ сверхкомплектные зубы
- 2) аплазия
- 3) гипоплазия
- 4) одонтоклазия

291. О РАЗВИТИИ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА, ОБУСЛОВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЕМ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1)+ удлинение нижней трети лица в состоянии покоя
- 2) нарушение смыкания губ
- 3) наклон головы вперед
- 4) несмыкание губ

292. К КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ отсутствие зуба в лунке
- 2) смещение коронки в сторону
- 3) укорочение видимой части коронки
- 4) увеличение видимой части коронки

293. ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ СКОПЛЕНИЮ МЯГКОГО ЗУБНОГО НАЛЁТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ скученность зубов
- 2) использование ирригатора
- 3) употребление твёрдой пищи
- 4) курение табака

294. ПЕРЕЛОМ В СРЕДНЕЙ ЧАСТИ КОРНЯ ЗУБА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ болью при накусывании и при перкуссии и подвижностью зуба
- 2) болью от температурных раздражителей и подвижностью зуба
- 3) самопроизвольной болью и болью от температурных раздражителей
- 4) самопроизвольной болью и подвижностью зуба

295. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НЕПОЛНОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО И ПОСТОЯННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ смещение коронки в различных направлениях, подвижность зуба I-II степени
- 2) укорочение видимой части коронки, отсутствие подвижности
- 3) погружение зуба в лунку до десны
- 4) неизмененную видимую часть коронки, незначительную подвижность

296. ПРИ УШИБЕ ЗУБА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ

- 1)+ изменение цвета зуба
- 2) подвижность части коронки зуба
- 3) укорочение высоты коронки зуба
- 4) изменение положения зуба в зубном ряду

297. ФУНКЦИЯ ЖЕВАНИЯ НАЧИНАЕТ ФОРМИРОВАТЬСЯ

- 1)+ в 6-9 месяцев
- 2) в 12 месяцев
- 3) после 0-5 лет
- 4) после прорезывания центральных резцов на верхней и нижней челюсти

298. ХАРАКТЕР РОСТА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

- 1)+ быстрый рост по сравнению со взрослым человеком
- 2) медленный рост
- 3) быстрый рост после 14 лет
- 4) быстрый рост только до 1 года

299. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ

- 1)+ лучистым грибом
- 2) стафилококком
- 3) стрептококком
- 4) стафилококком в сочетании со стрептококком

300. ДЛЯ АНГИДРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиподентия
- 2) макродентия
- 3) гипердентия
- 4) наличие всех зачатков постоянных зубов

301. ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ВОЗРАСТА (В ГОДАХ)

- 1)+ старше 11
- 2) 6-9
- 3) 9-11
- 4) 3-6

302. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРИ ДИАСТЕМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ промежуток между центральными резцами
- 2) нарушение смыкания зубных рядов
- 3) расширение верхнего зубного ряда
- 4) увеличение размеров верхней челюсти

303. ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ МОЛОЧНОГО ЗУБА

- 1)+ временные зубы реплантации не подлежат
- 2) если до смены зуба остается менее одного года, зуб не репланируется
- 3) зуб обязательно должен быть реплантирован
- 4) временный зуб должен быть реплантирован, если до его смены остается более двух лет

304. ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ В ПРЕДЕЛАХ ЭМАЛИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ жалобами на косметический дефект
- 2) болью при зондировании по линии перелома
- 3) подвижностью II-III степени
- 4) самопроизвольными болями с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва

305. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ

- 1)+ микобактериями туберкулеза
- 2) стафилококками
- 3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
- 4) стрептококком

306. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НЕПОЛНОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО И ПОСТОЯННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ смещение коронки в различном направлении, подвижность зуба II-III степени
- 2) погружение зуба в лунку до десны
- 3) видимую часть коронки без изменения, незначительную подвижность
- 4) укорочение видимой части коронки, отсутствие подвижности

307. СИМПТОМ «ХРУСТА» В МОМЕНТ ОТКРЫВАНИЯ РТА ЕСТЬ ПРИ

- 1)+ хроническом артрите
- 2) привычном вывихе суставной головки
- 3) вторичном деформирующем остеоартрозе ВНЧС
- 4) анкилозе ВНЧС

308. ЭКЗАРТИКУЛЯЦИЕЙ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ полный вывих
- 2) неполный вывих со смещением в сторону окклюзионной плоскости
- 3) вколоченный вывих
- 4) неполный вывих со смещением в сторону соседнего зуба

309. ЛЮКСАЦИЕЙ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ неполный вывих со смещением в сторону соседнего зуба
- 2) неполный вывих со смещением в сторону окклюзионной плоскости
- 3) вколоченный вывих
- 4) полный вывих

310. ПРИ УШИБЕ ЗУБА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ

- 1)+ изменение цвета коронки зуба
- 2) подвижность части коронки зуба
- 3) укорочение высоты коронки зуба
- 4) изменение положения зуба в зубном ряду

311. ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ В ПРЕДЕЛАХ ЭМАЛИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ жалобами на косметический дефект
- 2) подвижностью II-III степени
- 3) болью при зондировании линии перелома
- 4) самопроизвольной ночной болью

312. ИНТРУЗИЕЙ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ вколоченный вывих
- 2) перелом коронки
- 3) перелом корня
- 4) полный вывих

313. ЭКСТРУЗИЕЙ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ неполный вывих со смещением в сторону окклюзионной плоскости
- 2) вколоченный вывих
- 3) полный вывих
- 4) неполный вывих со смещением в сторону соседнего зуба

314. ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфильтратный рост
- 2) высокая степень дифференциации клеток
- 3) медленный рост
- 4) четкость границ между опухолью и окружающими тканями

315. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО И ПОСТОЯННОГО ЗУБОВ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ смещение коронки в различном направлении
- 2) наличие пустой лунки зуба
- 3) отсутствие изменений в видимой части коронки, незначительную подвижность
- 4) погруженность зуба в лунку до десны, подвижность зуба II-III степени

316. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПОСТОЯННОГО ЗУБА У ДЕТЕЙ ПОЛНАЯ КОСТНАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ В ЛУНКЕ ПРОИСХОДИТ В ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ 3-6 месяцев
- 2) 2-4 недель
- 3) 4-6 недель
- 4) 6-8 недель

317. ПРИ ОТЛОМЕ КОРОНКИ В ПРЕДЕЛАХ ЭМАЛИ ВО ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ СО СФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ сошлифовывание острых краев дефекта, наблюдение за состоянием пульпы
- 2) реставрация коронки композитными материалами химического отверждения
- 3) покрытие зуба стандартной защитной коронкой
- 4) реставрация коронки цементными пломбами

318. НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПОДБОРОДОЧНОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+ ущемлением нижнелуночкового нерва
- 2) отёком костного мозга
- 3) сдавлением нерва гематомой
- 4) развитием травматического шока

319. УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОИЗВОДИТЬ ЩИПЦАМИ

- 1)+ прямыми
- 2) клювовидными со сходящимися щёчками
- 3) S-образно изогнутыми
- 4) штыковидными

320. ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ С ПЕРЕЛОМом АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШИНУ

- 1)+ пластмассовую зубонаддеснёвую
- 2) пластмассовую назубную
- 3) проволочную с зацепными петлями
- 4) гладкую шину-скобу

321. ПРЯМЫЕ ЩИПЦЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ _____ ЧЕЛЮСТИ

- 1)+ клыков верхней
- 2) постоянных моляров верхней
- 3) временных моляров верхней
- 4) временных моляров нижней

322. КЛЮВОВИДНЫЕ ЩИПЦЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ____ ЧЕЛЮСТИ

- 1)+ боковых временных резцов нижней
- 2) центральных временных резцов верхней
- 3) временных моляров верхней
- 4) клыков верхней

323. ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ 5.1, 6.1 ЗУБОВ У РЕБЁНКА 6 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ их удаление
- 2) динамическое наблюдение
- 3) проведение репозиции и шинирования
- 4) выдвижение в зубной ряд ортодонтическими методами

324. ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО И ПОСТОЯННОГО ЗУБОВ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ НАБЛЮДАЮТ

- 1)+ смещение коронки в различном направлении, подвижность зуба II-III степени
- 2) погружение зуба в лунку до десны
- 3) неизменённую видимую часть коронки, незначительную подвижность
- 4) укороченную видимую часть коронки, отсутствие подвижности

325. ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЕМ ВЕСТИБУЛЯРНО У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ удаление зубов
- 2) зубы трепанировать, запломбировать до верхушек корней
- 3) репозиция зубов, их фиксация, наблюдение
- 4) динамическое наблюдение

326. ЛУЧШЕЙ ПОЛИРУЕМОСТЬЮ ИЗ ГРУППЫ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ОБЛАДАЮТ

- 1)+ микрофильные
- 2) макрофильные
- 3) гибридные
- 4) компомеры

327. ПРИ ЛЕЧЕНИИ УШИБА ОДНОКОРНЕВОГО ПОСТОЯННОГО ЗУБА С НЕСФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ НЕОБХОДИМО

- 1)+ щадящая диета, динамическое наблюдение
- 2) шинирование пластмассовой шиной-каппой на 2-4 недели
- 3) шинирование проволочно-композитной шиной на 2-4 недели
- 4) удаление травмированного зуба

328. ПРИ УШИБЕ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА

- 1)+ чувство «выросшего зуба», отказ от твёрдой пищи
- 2) постоянные ноющие боли
- 3) интенсивные приступообразные ночные боли
- 4) боли от температурных раздражителей

329. ПРИ ЛЕЧЕНИИ УШИБА ОДНОКОРНЕВОГО ВРЕМЕННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО

- 1)+ сошлифовывание зубов-антагонистов и щадящая диета
- 2) разобщение прикуса с помощью ортодонтических аппаратов
- 3) удаление травмированного зуба
- 4) шинирование пластмассовой шиной-каппой на 2-4 недели

330. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цистэктомия
- 2) частичная резекция челюсти
- 3) криодеструкция
- 4) цистотомия

331. ОТКРЫТЫЙ ПРИКУС И СМЕЩЕНИЕ ПОДБОРОДКА К ПЕРЕДИ НАБЛЮДАЮТСЯ У БОЛЬНОГО ПРИ

- 1)+ двустороннем вывихе височно-нижнечелюстного сустава
- 2) двустороннем переломе мышечкового отростка
- 3) двустороннем переломе нижней челюсти в области премоляров
- 4) одностороннем переломе мышечкового отростка

332. ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕЗЦА В РЕЗУЛЬТАТЕ УЛИЧНОЙ ТРАВМЫ, СЛУЧИВШЕЙСЯ НАКАНУНЕ, У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ реплантация
- 2) имплантация
- 3) съемное протезирование
- 4) несъемное протезирование

333. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ патологическая подвижность верхнечелюстных костей
- 2) носовое кровотечение
- 3) ограничение открывания рта
- 4) разрыв слизистой оболочки в области альвеолярного отростка

334. НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИВОДИТ К

- 1)+ наличию трудно очищаемых участков
- 2) задержке роста челюсти в длину
- 3) феномену Попова - Годона
- 4) раннему прорезыванию зубов мудрости

335. ПРИ ОТЛОМЕ КОРОНКИ В ПРЕДЕЛАХ ЭМАЛИ ВО ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ сошлифовывание острых краев дефекта, наблюдение за состоянием пульпы
- 2) реставрация коронки композитными материалами химического отверждения
- 3) покрытие зуба стандартной защитной коронкой
- 4) реставрация коронки цементными пломбами

336. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ В ПЕРВЫЕ 2 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ щадящий режим питания, противовоспалительную терапию, динамическое наблюдение
- 2) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
- 3) репозицию зуба и шинирование на 3-4 недели
- 4) эндодонтическое лечение

337. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОЛНОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО

- 1)+ рациональное протезирование
- 2) реплантация зуба
- 3) шинирование зуба на 3-4 недели
- 4) динамическое наблюдение

338. ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ПОЛНОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННОГО РЕЗЦА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ реплантация зуба с предварительным его пломбированием
- 2) возмещение дефекта съёмным протезом
- 3) реплантация зуба без пломбирования
- 4) имплантация

339. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ НЕОБХОДИМО

- 1)+ соблюдение щадящей диеты, противовоспалительной терапии
- 2) вытяжение с помощью ортодонтических аппаратов
- 3) выполнение репозиции зуба и его шинирование на 3-4 недели
- 4) удаление травмированного зуба

340. ПОДГОТОВКУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ К РАБОТЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ГНОЙНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ОБЪЁМЕ

- 1)+ механическая и химическая очистка, дезинфекция и стерилизация
- 2) дезинфицирование с последующей стерилизацией
- 3) стерилизация без предварительной механической и химической очистки инструментов
- 4) дезинфицирование без последующей стерилизации

341. ПОЯВЛЕНИЕ СЫПИ, ОТЕКА ГУБ, ВЕК У РЕБЁНКА ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ

- 1)+ анафилактического шока
- 2) обморока
- 3) сердечно-сосудистого коллапса
- 4) болевого шока

342. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННЫХ СФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ НЕОБХОДИМО

- 1)+ провести удаление зуба
- 2) вытяжение с помощью ортодонтических аппаратов
- 3) проведение репозиции зуба и его шинирование на 3-4 недели
- 4) динамическое наблюдение

343. ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТА ВРЕМЕННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удаление временного зуба
- 2) резекция верхушки корня временного зуба
- 3) гемисекция корня временного зуба
- 4) девитальная экстирпация

344. ВОЗБУЖДЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ анафилактического шока
- 2) сердечно-сосудистого коллапса
- 3) обморока
- 4) гипертонического криза

345. ПРИ ЛЕЧЕНИИ УШИБА ОДНОКОРНЕВОГО ПОСТОЯННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО

- 1)+ динамическое наблюдение и соблюдение щадящей диеты
- 2) шинирование проволочно-композитной шиной на 2-4 недели
- 3) шинирование пластмассовой шиной-каппой на 2-4 недели
- 4) разобщение прикуса с помощью ортодонтических аппаратов

346. ЛУЧШИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОСОДЕРЖАЩИХ КИСТ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цистомия без удаления постоянных зубов из полости кисты
- 2) пломбирование за вершущую «причинных» зубов
- 3) пломбирование зуба с резекцией верхушек корня
- 4) цистомия с удалением постоянных зубов из полости кисты

347. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СПИД У ПАЦИЕНТА ВРАЧУ-СТОМАТОЛОГУ НЕОБХОДИМА ЭКСТРЕННАЯ ЛИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА, КОТОРАЯ ВКЛЮЧАЕТ РЯД МЕРОПРИЯТИЙ

- 1)+ закапать в глаза альбucid, закапать в нос раствор протаргола 1%, прополаскать рот и нос раствором марганцевокислого калия 0,05%, обработать руки спиртом 70°
- 2) закапать в глаза альбucid, закапать в нос раствор протаргола 1%
- 3) прополаскать рот и нос раствором марганцевокислого калия 0,05%, обработать руки спиртом 70°
- 4) закапать в глаза альбucid, закапать в нос раствор протаргола 1%, прополаскать рот и нос раствором марганцевокислого калия 0,05%

348. ДЛЯ ФИКСАЦИИ ЛЕЧЕБНОЙ ПОВЯЗКИ ПРИ ОТЛОМЕ КОРОНКИ С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ В ПОСТОЯННОМ ЗУБЕ С НЕСФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ

- 1)+ стеклоиономерные цементы
- 2) композиты химического отверждения
- 3) композиты светового отверждения
- 4) силикатные цементы

349. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ 7.5 ЗУБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ

- 1)+ клювовидные несходящиеся
- 2) клювовидные сходящиеся
- 3) байонетные
- 4) прямые

350. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ВЫВИХА РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ глубокий прогнатический прикус
- 2) множественный кариес резцов и его осложнения
- 3) мелкое преддверие рта
- 4) мезиальная окклюзия

351. ПРИ ВКОЛОЧЕННОМ ВЫВИХЕ ПОСТОЯННОГО РЕЗЦА У РЕБЕНКА 12 ЛЕТ ПОКАЗАНО

- 1)+ произвести репозицию, фиксацию, наблюдение с рентгенологическим контролем и ЭОД
- 2) провести операцию удаления зуба
- 3) исключить нагрузки, наблюдение (рентгенограмма, ЭОД), по показаниям - эндодонтическое лечение
- 4) динамическое наблюдение без вмешательства

352. ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ 1.1 ЗУБА В РЕЗУЛЬТАТЕ УЛИЧНОЙ ТРАВМЫ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЮТ

- 1)+ реплантацию зуба с предварительной его трепанацией, депульпированием и пломбированием
- 2) устранение дефекта съёмным протезом
- 3) реплантацию зуба без пломбирования
- 4) устранение дефекта имплантатом

353. ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ЗУБА И ПОСТОЯННОГО

- 1)+ различны
- 2) одинаковы
- 3) различны только на верхней челюсти
- 4) различны только на нижней челюсти

354. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 6.4 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ

- 1)+ S-образно изогнутые с шипом
- 2) клювовидные с несходящимися щечками с шипами
- 3) клювовидные с несходящимися щечками без шипов
- 4) прямые

355. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА КОРОНКИ ПОСТОЯННОГО НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПУЛЬПЫ ПРИ ОБРАЩЕНИИ В ПЕРВЫЕ 24 ЧАСА ПОСЛЕ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биологический метод
- 2) экстирпация пульпы
- 3) удаление зуба
- 4) динамическое наблюдение

356. КЛЮВОВИДНЫЕ ЩИПЦЫ, ЩЁЧКИ КОТОРЫХ ЗАКАНЧИВАЮТСЯ ШИПИКАМИ, ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ

- 1)+ моляров
- 2) клыков
- 3) премоляров
- 4) резцов

357. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВБЛИЗИ ВЕРХУШКИ ИЛИ СРЕДНЕЙ ЧАСТИ КОРНЯ ПОСТОЯННОГО НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА ТРЕБУЕТСЯ ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ шинирование
- 2) высокую витальную ампутацию
- 3) пломбирование канала пастой
- 4) удаление зуба

358. ТАКТИКОЙ ВРАЧА ПРИ СЛУЧАЙНОМ ВСКРЫТИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ПРИ УСЛОВИИ ОТСУТСТВИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В СИНУСЕ И БОЛЬШИХ РАЗМЕРАХ СООБЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ушивание слизистой над лункой любым способом
- 2) срочная госпитализация
- 3) тампонада лунки зуба и ее ушивание
- 4) динамическое наблюдение

359. КЮРЕТАЖ ЛУНКИ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННОГО ЗУБА

- 1)+ не проводится
- 2) проводится
- 3) проводится при наличии воспаления в периапикальных тканях
- 4) проводится при удалении по поводу перелома коронки

360. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ЛУНКУ ОБРАБАТЫВАЮТ

- 1)+ кюретажной ложкой
- 2) экскаватором
- 3) распатором
- 4) гладилкой

361. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ВИСОЧНОЙ ВЕТВИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРОИСХОДИТ

- 1)+ птоз брови соответствующей стороны из-за паралича лобной мышцы
- 2) потеря чувствительности височной области
- 3) диплопия
- 4) слезотечение

362. ПРИ ПРОДОЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ КОРНЯ ЗУБА ПОКАЗАНО

- 1)+ удаление зуба
- 2) шинирование зубов
- 3) экстирпация и пломбирование корневого канала цементом
- 4) экстирпация и пломбирование корневого канала термафилом

363. УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОИЗВОДИТЬ ЩИПЦАМИ

- 1)+ прямыми
- 2) клювовидными со сходящимися щечками
- 3) S-образно изогнутыми с шипом
- 4) S-образно изогнутыми без шипа

364. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 7.5 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ

- 1)+ клювовидные несходящиеся
- 2) клювовидные сходящиеся
- 3) прямые
- 4) S-образно изогнутые

365. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ БОЛЬШОГО УШНОГО НЕРВА ПРОИСХОДИТ

- 1)+ потеря чувствительности нижних двух третей ушной раковины и прилегающих отделов шеи и щеки
- 2) потеря чувствительности всей ушной раковины
- 3) снижение слуха
- 4) нарушение слюноотделения околоушной слюнной железой

366. S-ОБРАЗНО ИЗОГНУТЫЕ ЩИПЦЫ, ЩЁЧКА КОТОРЫХ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ШИПИКОМ, ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ

- 1)+ моляров
- 2) клыков
- 3) премоляров
- 4) резцов

367. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ДЕТЕЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ перелом коронки зуба
- 2) неврит лицевого нерва
- 3) позднее кровотечение
- 4) альвеолит

368. ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЗУБОВ 5.1, 5.2 У РЕБЁНКА ПОЛУТОРА ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ наблюдение
- 2) реплантация после соответствующей подготовки зубов
- 3) удаление
- 4) репозиция и шинирование сроком на 2 недели

369. ПРЯМЫЕ ЩИПЦЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

- 1)+ клыков верхней челюсти
- 2) постоянных моляров верхней челюсти
- 3) временных моляров верхней челюсти
- 4) резцов нижней челюсти

370. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удаление зуба
- 2) репозиция с последующим шинированием
- 3) экстирпация пульпы
- 4) динамическое наблюдение, противовоспалительная терапия

371. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЩЕЧНОЙ ВЕТВИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРОИСХОДИТ

- 1)+ опущение угла рта соответствующей стороны
- 2) потеря чувствительности щеки и губы соответствующей стороны
- 3) невозможность полностью закрыть рот
- 4) поднятие угла рта соответствующей стороны

372. ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ПОСТОЯННОГО ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕЗЦА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЯТЬ ШИНУ

- 1)+ проволочно-композитную
- 2) Тигерштедта
- 3) ленточную Васильева
- 4) зубонаддесневую

373. S-ОБРАЗНО ИЗОГНУТЫЕ ЩИПЦЫ, ЩЁЧКА КОТОРЫХ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ШИПИКОМ, ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ _____ ЧЕЛЮСТИ

- 1)+ моляров верхней
- 2) моляров нижней
- 3) латеральных резцов нижней
- 4) латеральных резцов верхней

374. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 7.1 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ

- 1)+ клювовидные несходящиеся без шипиков
- 2) прямые
- 3) клювовидные сходящиеся с шипиками
- 4) S-образно изогнутые с шипиком

375. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ДЕТЕЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ вскрытие дна верхнечелюстного синуса
- 2) альвеолит
- 3) позднее кровотечение
- 4) неврит лицевого нерва

376. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ДЕТЕЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ травма зачатка
- 2) альвеолит
- 3) позднее кровотечение
- 4) неврит лицевого нерва

377. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 5.2 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ

- 1)+ прямые
- 2) клювовидные сходящиеся
- 3) клювовидные несходящиеся без шипиков
- 4) S-образно изогнутые с шипиком

378. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО СФОРМИРОВАННОГО РЕЗЦА С РИСКОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАЧАТКА ПОСТОЯННОГО РЕЗЦА

- 1)+ удаление
- 2) наблюдение, удаление при появлении признаков воспаления
- 3) репозиция
- 4) наблюдение с последующим эндодонтическим лечением

379. ШИНИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ПРОВОДЯТ СРОКОМ НА

- 1)+ 3-4 недели
- 2) 1-2 недели
- 3) 2-3 месяца
- 4) 3-4 месяца

380. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 7.2 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ

- 1)+ клювовидные несходящиеся без шипиков
- 2) клювовидные несходящиеся с шипиками
- 3) прямые
- 4) S-образно изогнутые без шипика

381. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВБЛИЗИ ВЕРХУШКИ ИЛИ СРЕДНЕЙ ЧАСТИ КОРНЯ ПОСТОЯННОГО СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА ТРЕБУЕТСЯ ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ шинирование
- 2) высокую витальную ампутацию
- 3) пломбирование канала пастой
- 4) удаление зуба

382. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОРОНКИ СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ композитный материал
- 2) стеклоиономерный цемент
- 3) цинкфосфатный цемент
- 4) силикатный цемент

383. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 7.4 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ

- 1)+ клювовидные несходящиеся
- 2) S-образно изогнутые с шипиком
- 3) S-образно изогнутые без шипика
- 4) прямые

384. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ВТОРОГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ЩИПЦЫ КЛЮВОВИДНЫЕ

- 1)+ несходящиеся с шипиками
- 2) несходящиеся без шипиков
- 3) сходящиеся
- 4) изогнутые по плоскости

385. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ДЕТЕЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ перелом челюсти
- 2) неврит лицевого нерва
- 3) позднее кровотечение
- 4) альвеолит

386. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ЩИПЦЫ

- 1)+ клювовидные
- 2) прямые
- 3) S-образно изогнутые с шипом
- 4) S-образно изогнутые без шипа

387. СРОК, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ПРОИСХОДИТ ПОЛНАЯ КОСТНАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ В ЛУНКЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПОСТОЯННОГО ЗУБА У ДЕТЕЙ

- 1)+ 3-6 месяцев
- 2) 2-4 недели
- 3) 6-8 недель
- 4) 1 год

388. ЭЛЕВАТОР ЛЕКЛЮЗА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

- 1)+ третьего моляра нижней челюсти
- 2) корней зубов верхней челюсти
- 3) корней временных зубов
- 4) резцов верхней челюсти

389. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 5.5 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ

- 1)+ S-образно изогнутые с шипиком
- 2) прямые
- 3) клювовидные несходящиеся без шипиков
- 4) S-образно изогнутые без шипика

390. КЛЮВОВИДНЫЕ ЩИПЦЫ, ЩЕЧКИ КОТОРЫХ ИМЕЮТ ШИПЫ, ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ

- 1)+ 3.6, 3.7, 4.6, 4.7
- 2) 3.4, 3.5, 4.4, 4.5
- 3) 1.6, 1.7, 2.6, 2.7
- 4) 3.1, 4.1

391. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ НЕСФОРМИРОВАННОГО ПОСТОЯННОГО ЗУБА С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1)+ биологический метод лечения пульпита
- 2) закрытие линии перелома цементом
- 3) витальную ампутацию
- 4) высокую ампутацию

392. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 8.2 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ

- 1)+ клювовидные с несходящимися щечками без шипов
- 2) клювовидные со сходящимися щечками с шипами
- 3) S-образно изогнутые с шипом
- 4) S-образно изогнутые без шипа

393. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 8.1 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ

- 1)+ клювовидные несходящиеся без шипиков
- 2) прямые
- 3) S-образно изогнутые без шипика
- 4) S-образно изогнутые с шипиком

394. S - ОБРАЗНО ИЗОГНУТЫЕ ЩИПЦЫ, ИМЕЮЩИЕ НА ЩЕЧКЕ ШИП, ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ

- 1)+ 1.6, 1.7, 2.6, 2.7
- 2) 1.4, 1.5, 2.4, 2.5
- 3) 3.4, 3.5, 4.4, 4.5
- 4) 1.3, 2.3, 3.3, 4.3

395. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 8.5 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ

- 1)+ клювовидные с несходящимися щечками
- 2) клювовидные со сходящимися щечками
- 3) прямые
- 4) S-образно изогнутые

396. УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ БОКОВЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОИЗВОДИТЬ ЩИПЦАМИ

- 1)+ прямыми
- 2) клювовидными с несходящимися щечками
- 3) клювовидными со сходящимися щечками
- 4) S-образно изогнутыми с шипиками

397. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ЩИПЦЫ

- 1)+ прямые
- 2) клювовидными со сходящимися щечками
- 3) S-образно изогнутыми с шипиком
- 4) S-образно изогнутыми без шипика

398. ИЗОГНУТЫЕ ПО ПЛОСКОСТИ КЛЮВОВИДНЫЕ ЩИПЦЫ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ

- 1)+ 3.8, 4.8
- 2) 3.1, 3.2, 4.1, 4.2
- 3) 1.8, 2.8
- 4) 1.1, 1.2, 2.1, 2.2

399. ИЗОГНУТЫЕ ПО ПЛОСКОСТИ КЛЮВОВИДНЫЕ ЩИПЦЫ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

- 1)+ третьих моляров
- 2) резцов
- 3) премоляров
- 4) клыков

400. ПРЯМЫЕ ЩИПЦЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

- 1)+ резцов верхней челюсти
- 2) постоянных моляров верхней челюсти
- 3) временных моляров верхней челюсти
- 4) временных моляров нижней челюсти

401. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 8.4 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ

- 1)+ клювовидные несходящиеся
- 2) S-образно изогнутые с шипиком
- 3) S-образно изогнутые без шипика
- 4) прямые

402. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЦИСТЭКТОМИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ СЧИТАЮТ

- 1)+ небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
- 2) прорастание кисты в верхнечелюстной синус
- 3) прорастание кисты в полость носа
- 4) большие размеры (более 3 зубов в полости)

403. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ВРЕМЕННОГО ЗУБА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ перелом корня
- 2) неполный вывих
- 3) острый пульпит
- 4) ушиб зуба

404. ФАКТОРОМ УСПЕХА РЕПЛАНТАЦИИ ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неполное формирование корня зуба
- 2) отсутствие у ребенка зубо-челюстных аномалий
- 3) жесткое шинирование вывихнутого зуба
- 4) отсутствие травмы соседних зубов

405. У РЕБЕНКА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ВЕТВИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ЭКЗАРТИКУЛЯЦИЕЙ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ, ОДНОМОМЕНТНО С ЦЕЛЬЮ ВРЕМЕННОГО ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТА МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ

- 1)+ эндопротез (индивидуально изготовленный)
- 2) ксенотрансплантат
- 3) губчатый аллотрансплантат
- 4) кортикальный аллотрансплантат

406. У РЕБЕНКА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ВЕТВИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ЭКЗАРТИКУЛЯЦИЕЙ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ, ОДНОМОМЕНТНО С ЦЕЛЬЮ ВРЕМЕННОГО ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТА МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ

- 1)+ металлоконструкция
- 2) кортикальный аллотрансплантат
- 3) губчатый аллотрансплантат
- 4) ксенотрансплантат

407. ТЕРМИН АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОБОЗНАЧАЕТ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ

- 1)+ между организмами одного вида
- 2) в пределах одного организма
- 3) между организмами разных видов
- 4) небиологического субстрата

408. ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ СО СФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

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

409. СРОК ПЕРВИЧНОЙ ОТСРОЧЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА С НАЛОЖЕНИЕМ ГЛУХОГО ШВА У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

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

410. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРНЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕЗЦА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У РЕБЁНКА 4 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ удалить зуб
- 2) динамическое наблюдение до физиологической резорбции корня
- 3) терапевтическое лечение зуба
- 4) шинирование

411. ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВА РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неполностью удаленная оболочка кисты
- 2) длительность существования кисты
- 3) послеоперационное воспаление раны
- 4) образование гематомы

412. В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНЧС ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ физиотерапия
- 2) механотерапия
- 3) антибактериальная терапия
- 4) артропластика

413. ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЗУБОВ 5.1, 5.2 У РЕБЁНКА ПОЛУТОРА ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ наблюдение
- 2) их реплантация после соответствующей подготовки зубов
- 3) их удаление
- 4) репозиция и шинирование сроком на 2 недели

414. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АРТРИТА ВНЧС ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ физиотерапию
- 2) редрессацию
- 3) артропластику
- 4) создание ложного сустава

415. АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ БЕРУТ ИЗ

- 1)+ гребешка подвздошной кости
- 2) плечевой кости
- 3) лучевой кости
- 4) ключицы

416. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВКОЛОЧЕННОМ ВЫВИХЕ ПОСТОЯННОГО ЗУБА С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ наблюдение, при отсутствии выдвигения - ортодонтическое перемещение
- 2) репозицию, депульпирование зуба, шинирование
- 3) репозицию, шинирование зуба, наблюдение
- 4) репозицию, депульпирование зуба, наблюдение

417. ПРИ ВКОЛОЧЕННОМ ВЫВИХЕ ЗУБА 5.1 У РЕБЁНКА 1,5 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ динамическое наблюдение
- 2) удаление зуба
- 3) реплантация после соответствующей подготовки зуба
- 4) эндодонтическое лечение

418. СРОК ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА С НАЛОЖЕНИЕМ ГЛУХОГО ШВА У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

- 1)+ до 48
- 2) 24
- 3) до 36
- 4) до 72

419. ВЫВИХНУТЫЕ ЗУБЫ ШИНИРУЮТ НА ____ НЕДЕЛЬ

- 1)+ 4-6
- 2) 8-10
- 3) 12
- 4) 16

420. ПРИ ВКОЛОЧЕННОМ ВЫВИХЕ ПОСТОЯННОГО РЕЗЦА С НЕСФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ПОКАЗАНО

- 1)+ динамическое наблюдение
- 2) зуб удалить
- 3) провести репозицию
- 4) провести эндодонтическое лечение

421. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ВРЕМЕННОГО ЗУБА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вколоченный вывих (интрузия) зуба
- 2) неполный вывих
- 3) ушиб зуба
- 4) гипоплазия эмали

422. ШИНЫ, ФИКСИРУЮЩИЕ ФРАГМЕНТЫ ЧЕЛЮСТИ, ПРИ ПЕРЕЛОМАХ У ДЕТЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СНИМАТЬ НЕ РАНЕЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 4 недели
- 2) 2 недели
- 3) 2 месяца
- 4) 6 месяцев

423. ПРИ ЦИСТЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ РАНА

- 1)+ ушивается наглухо
- 2) ушивается с оставлением активного дренажа
- 3) тампонируется йодоформным тампоном
- 4) вворачивается лоскут

424. РЕБЕНКУ 10 ЛЕТ ПРИ ОБРАЩЕНИИ НА ВТОРЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ПОЛНОГО ВЫВИХА ЗУБА 2.1 РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ реплантация зуба
- 2) наблюдение
- 3) устранение дефекта имплантатом
- 4) устранение дефекта несъемным протезом

425. ТЕРМИН АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОБОЗНАЧАЕТ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ

- 1)+ в пределах одного организма
- 2) между организмами одного вида
- 3) между организмами, идентичными в генетическом отношении
- 4) небиологического субстрата

426. ВТОРИЧНАЯ КОСТНАЯ ПЛАСТИКА ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОСНОВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 1-1,5 года
- 2) 1-2 месяца
- 3) 3-4 месяца
- 4) 6-8 месяцев

427. СКЛЕРОЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ венозной дисплазии
- 2) папилломатоза
- 3) фиброматоза
- 4) ретенционной кисты

428. ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ С ПЕРЕЛОМом АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШИНУ

- 1)+ пластмассовую зубонаддесневую
- 2) проволочную с зацепными петлями
- 3) Васильева
- 4) гладкую скобу

429. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АНКИЛОЗОМ ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

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

430. ПРИ УШИВАНИИ РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ИСПОЛЬЗУЮТ ШОВ

- 1)+ узловой
- 2) кисетный
- 3) П-образный
- 4) обвивной

431. АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ БЕРУТ ИЗ

- 1)+ малой берцовой кости
- 2) локтевой кости
- 3) ключицы
- 4) лучевой кости

432. ПРИ ВКОЛОЧЕННОМ ВЫВИХЕ ПОСТОЯННОГО РЕЗЦА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ПОКАЗАНО

- 1)+ произвести репозицию, фиксацию, наблюдение с рентгенологическим контролем и ЭОД
- 2) извлечь, трепанировать, депульпировать, запломбировать, реплантировать зуб
- 3) зуб удалить
- 4) динамическое наблюдение

433. ПРИ ВКОЛОЧЕННОМ ВЫВИХЕ ЗУБА 5.1 У РЕБЁНКА 4 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ удалить его
- 2) провести репозицию
- 3) оставить под наблюдением
- 4) провести эндодонтическое лечение

434. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический
- 2) химиотерапия
- 3) криотерапия
- 4) гормонотерапия

435. ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЗУБОВ 5.1, 6.1 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШИНУ

- 1)+ пластмассовую назубную
- 2) гладкую скобу
- 3) Тигерштедта
- 4) проволочную с зацепными петлями

436. ТЕРМИН ИЗОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОБОЗНАЧАЕТ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ

- 1)+ между организмами, идентичными в генетическом отношении
- 2) между организмами разных видов
- 3) небиологического субстрата
- 4) между организмами одного вида

437. УКРЕПЛЕНИЕ ТОНУСА МЫШЕЧНО-СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ дисфункциональных заболеваний ВНЧС
- 2) анкилоза
- 3) вторичного деформирующего остеоартроза
- 4) остеоартрита

438. ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВА РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ЦИСТОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ раннее закрытие трепанационного отверстия
- 2) длительность существования кисты
- 3) неполностью удаленная оболочка кисты
- 4) послеоперационное воспаление раны

439. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ КОНСОЛИДАЦИИ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

440. ПРИ ВКОЛОЧЕННОМ ВЫВИХЕ ЗУБА 6.1 У РЕБЁНКА 3,5 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ удалить его
- 2) провести репозицию и эндодонтическое лечение
- 3) оставить под наблюдением
- 4) провести репозицию и шинирование

441. ПОКАЗАНИЕМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЧИТАЮТ

- 1)+ все виды переломов
- 2) сочетание с черепно-мозговой травмой
- 3) возраст до 3 лет
- 4) возраст до 7 лет

442. ПРИ ВКОЛОЧЕННОМ ВЫВИХЕ ЗУБА 6.1 У РЕБЁНКА 1,5 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ динамическое наблюдение
- 2) репозиция и эндодонтическое лечение
- 3) эндодонтическое лечение
- 4) удаление зуба

443. АДЕКВАТНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ПОСТОЯННОГО ЗУБА С НЕСФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ реплантация и шинирование
- 2) депульпирование и реплантация
- 3) депульпирование, реплантация и шинирование
- 4) реплантация и наблюдение

444. ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ПРОВОДЯТ

- 1)+ репозицию, шинирование и наблюдение
- 2) репозицию, шинирование и депульпирование
- 3) репозицию и депульпирование
- 4) наблюдение, при сильно дистопии зуба – удаление

445. УСТРАНЕНИЕ ГРУБЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНО

- 1)+ через 7-8 месяцев после заживления раны
- 2) через 1 месяц после заживления раны
- 3) через 2 месяца после заживления раны
- 4) не ранее 16 летнего возраста

446. ФАКТОРОМ УСПЕХА РЕПЛАНТАЦИИ ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ адекватная среда для транспортировки
- 2) отсутствие у ребенка зубо-челюстных аномалий
- 3) жесткое шинирование вывихнутого зуба
- 4) отсутствие травмы соседних зубов

447. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удаление злокачественной опухоли
- 2) удаление доброкачественной опухоли
- 3) кератокиста
- 4) секвестрэктомия

448. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЦИСТЭКТОМИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ СЧИТАЮТ

- 1)+ одиночную кисту с одним корнем в полости
- 2) большие размеры (более 5 зубов в полости)
- 3) прорастание кисты в верхнечелюстной синус
- 4) деструкцию наружной кортикальной пластинки челюсти

449. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЩИПЦЫ

- 1)+ прямые
- 2) клювовидные со сходящимися щечками
- 3) S-образно изогнутые
- 4) байонетные

450. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 7.5 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ _____ ЩИПЦЫ

- 1)+ клювовидные несходящиеся
- 2) клювовидные сходящиеся
- 3) байонетные
- 4) прямые

451. ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЗУБОВ 5.1, 6.1 У РЕБЁНКА ШЕСТИ ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ их удалить
- 2) динамическое наблюдение
- 3) провести репозицию и шинирование
- 4) выдвинуть в зубной ряд ортодонтическими методами

452. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ВТОРОГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЩИПЦЫ КЛЮВОВИДНЫЕ

- 1)+ несходящиеся
- 2) изогнутые по плоскости
- 3) в зависимости от стороны челюсти
- 4) в зависимости от степени резорбции корней

453. УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОИЗВОДИТЬ _____ ЩИПЦАМИ

- 1)+ прямыми
- 2) клювовидными со сходящимися щечками
- 3) S-образно изогнутыми
- 4) штыковидными

454. ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ возраст ребенка
- 2) результат электроодонтодиагностики
- 3) состояние прикуса
- 4) состояние остальных зубов (распространенность кариеса)

455. У РЕБЁНКА ПЯТИ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРНЯ ЗУБА 6.1 РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ удаление
- 2) сохранение с использованием штифта
- 3) наблюдение
- 4) эндодонтическое лечение

456. КЛЮВОВИДНЫЕ ЩИПЦЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

- 1)+ боковых временных резцов нижней челюсти
- 2) центральных временных резцов верхней челюсти
- 3) временных моляров верхней челюсти
- 4) клыков верхней челюсти

457. ЛЕЧЕНИЕ НЕПОЛНОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ В 5 ЛЕТ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ удалении зубов
- 2) репозиции, фиксации, противовоспалительной терапии
- 3) фиксации зубов
- 4) наблюдении

458. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОКОВЫХ, СРЕДНИХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ оперативное хирургическое вмешательство
- 2) лучевая терапия
- 3) комплексное лечение, включающее хирургическое вмешательство с последующей лучевой и химиотерапией
- 4) диатермокоагуляция

459. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 7.5 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ

- 1)+ клювовидные несходящиеся
- 2) клювовидные сходящиеся
- 3) байонетные
- 4) прямые

460. НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНОЙ СРЕДОЙ ДЛЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ ВЫВИХНУТОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ физиологический раствор
- 2) спиртовой раствор хлоргексидина
- 3) раствор антибиотика
- 4) перекись водорода

461. ПРИ ШИНИРОВАНИИ И ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛЕВОГО МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА У РЕБЁНКА 7 ЛЕТ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ пластмассовую зубонаддесневую шину на нижнюю челюсть с пелотом справа
- 2) проволочные шины с зацепными петлями на обе челюсти с межчелюстной тягой
- 3) пластмассовую зубонаддесневую шину на нижнюю челюсть с пелотом слева
- 4) гладкую шину-скобу

462. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ _____ ЩИПЦЫ

- 1)+ прямые
- 2) клювовидные со сходящимися щечками
- 3) S-образно изогнутые
- 4) байонетные

463. ИЗ СРЕД ДЛЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ ПОЛНОСТЬЮ ВЫВИХНУТОГО ЗУБА НАИМЕНЕЕ ПОДХОДЯЩЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вода
- 2) физиологический раствор
- 3) молоко
- 4) слюна пациента

464. ПРЯМЫЕ ЩИПЦЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

- 1)+ клыков верхней челюсти
- 2) постоянных моляров верхней челюсти
- 3) временных моляров верхней челюсти
- 4) временных моляров нижней челюсти

465. ПРОВОДИТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА ЛУЧШЕ ВСЕГО В

- 1)+ специализированных детских стоматологических стационарах
- 2) детских хирургических отделениях
- 3) общехирургическом стационаре
- 4) условиях поликлиники

466. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА РЕЗЦА (ВИДЕН ТОЛЬКО ЕГО РЕЖУЩИЙ КРАЙ) ДЛЯ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА НЕОБХОДИМО

- 1)+ удаление зуба
- 2) наблюдение, удаление при появлении признаков воспаления
- 3) проведение репозиции
- 4) наблюдение с последующим депульпированием

467. ПРИ ШИНИРОВАНИИ И ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛЕВОГО МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА У РЕБЁНКА 7 ЛЕТ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ шину-моноблок на область жевательных зубов справа
- 2) проволочные шины с зацепными петлями на обе челюсти с межчелюстной тягой
- 3) гладкую шину-скобу
- 4) шину-моноблок на область жевательных зубов слева

468. НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНОЙ СРЕДОЙ ДЛЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ ВЫВИХНУТОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ слюна пациента
- 2) вода
- 3) раствор антибиотика
- 4) перекись водорода

469. ЗУБЫ 5.1, 6.1 ПРИ ВКОЛОЧЕННОМ ВЫВИХЕ У РЕБЁНКА 3 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ удалить
- 2) провести репозицию
- 3) оставить под наблюдением
- 4) провести эндодонтическое лечение

470. УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ЩИПЦАМИ

- 1)+ прямыми
- 2) клювовидными со сходящимися щечками
- 3) S-образно изогнутыми
- 4) штыковидными

471. ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ЩИПЦОВ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

- 1)+ отличаются
- 2) не отличаются
- 3) отличаются при удалении на верхней челюсти; не отличаются – на нижней
- 4) отличаются при удалении на нижней челюсти; не отличаются – на верхней

472. ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ С ПЕРЕЛОМом АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ пластмассовую зубонаддесневую шину
- 2) пластмассовую назубную шину
- 3) проволочную шину с зацепными петлями
- 4) гладкую шину-скобу

473. СРЕДСТВОМ, ИСПОЛЬЗУЕМОМ ДЛЯ ХОЛОДНОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗЕРКАЛ ЯВЛЯЕТСЯ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ перекиси водорода раствор 6
- 2) перекиси водорода раствор 1
- 3) хлорамина раствор 0,5
- 4) спирт метиловый 75

474. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМ ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ВНЧС ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ хирургическое в сочетании с ортодонтическим
- 2) физиотерапию в сочетании с ЛФК
- 3) ограничение функции сустава в сочетании с противовоспалительной терапией и физиолечением
- 4) шинирование в сочетании с физиотерапией

475. ДЛЯ ЭКСТРАКЦИИ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЮТСЯ ИНСТРУМЕНТЫ

- 1)+** элеватор, щипцы
- 2) пинцет, зонд
- 3) зеркало, пинцет
- 4) шпатель, пинцет

Тема 2. Заболевания пародонта у детей.

1. ПАРОДОНТОМ НАЗЫВАЮТ КОМПЛЕКС ТКАНЕЙ, СОСТОЯЩИЙ ИЗ ДЕСНЫ, _____ ЦЕМЕНТА КОРНЯ ЗУБА

- 1)+ костной ткани альвеолы, периодонта и
- 2) альвелярного гребня, периодонта и
- 3) круговой связки зуба, альвеолярного гребня, периодонта и
- 4) круговой связки зуба, альвеолярного гребня, периодонта и клеточного

2. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВОСПАЛЕНИЯ ДЕСНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровоточивость при чистке зубов
- 2) деформация десневых сосочков
- 3) некроз десневых сосочков
- 4) резорбция кортикальной пластинки межальвеолярных перегородок

3. ИСТОЧНИКОМ МИНЕРАЛОВ ДЛЯ НАДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ротовая жидкость
- 2) эмаль зуба
- 3) сыворотка крови
- 4) десневая жидкость

4. К ИНГИБИТОРАМ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ЗУБНОГО НАЛЕТА ОТНОСЯТ

- 1)+ пирофосфаты
- 2) фториды
- 3) иммуноглобулины
- 4) мочевины

5. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1)+ уровень резорбции альвеолярной кости
- 2) содержимое пародонтальных карманов
- 3) регионарную гемодинамику в пародонте
- 4) интенсивность и распространенность воспалительных изменений

6. ОСМОТР И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАРОДОНТА ПОЗВОЛЯЮТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1)+ интенсивность и распространенность воспалительных изменений
- 2) парциальное давление кислорода в тканях
- 3) уровень резорбции альвеолярной кости
- 4) регионарную гемодинамику в пародонте

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАДДЕСНЕВОЙ ЗУБНОЙ КАМЕНЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ

- 1)+ язычной поверхности нижних резцов
- 2) небной поверхности верхних резцов
- 3) губной поверхности нижних резцов
- 4) губной поверхности верхних резцов

8. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ кровоточивости десны
- 2) зубного налета
- 3) зубного камня
- 4) пародонтального кармана

9. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прием психотропных препаратов
- 2) прием антигистаминных препаратов
- 3) острая травма зубодесневого сосочка
- 4) хроническая травма зубодесневого сосочка

10. СИМПТОМОМ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гнилостный запах изо рта
- 2) наличие пятен и эрозий в межпальцевых складках
- 3) сухость и шелушение красной каймы губ, углов рта
- 4) наличие белого творожистого налета на языке

11. ГИНГИВИТ, ОБРАЗОВАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗУБОДЕСНЕВЫХ КАРМАНОВ, ОБНАЖЕНИЕ ШЕЕК ЗУБОВ, ЗАПАХ ИЗО РТА, ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ПОДВИЖНОСТЬ И ПОТЕРЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ эозинофильной гранулёмы
- 2) амелобластомы
- 3) остеомы
- 4) синдрома Горлина-Гольца

12. В НОРМЕ ДЕСНА У ДЕТЕЙ МОЖЕТ ИМЕТЬ ЯВЛЕНИЯ ГИПЕРЕМИИ И ОТЕКА ПРИ

- 1)+ прорезывании зубов
- 2) острым герпетическом стоматите
- 3) катаральном гингивите
- 4) хроническом пародонтите

13. ВЕДУЩИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ деструкция кортикальных пластинок межальвеолярных перегородок
- 2) смещение зубов
- 3) снижение высоты межальвеолярных перегородок
- 4) уплотнение вершин межальвеолярных перегородок

14. НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ У ДЕТЕЙ

- 1)+ гингивита
- 2) пародонтоза
- 3) флюороза
- 4) эрозии зубов

15. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВОСПАЛЕНИЯ В ДЕСНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровоточивость при зондировании
- 2) деформация десневых сосочков
- 3) карман в 4 мм
- 4) карман до 3 мм

16. МАРГИНАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕСНА

- 1)+ окружающая зуб, включая десневой сосочек
- 2) окружающая зуб без десневого сосочка
- 3) покрывающая альвеолярный отросток
- 4) покрывающая нёбо

17. ИНДЕКС ИГР-У ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОЦЕНКИ

- 1)+ гигиены полости рта
- 2) кровоточивости десневой борозды
- 3) начальных кариозных поражений
- 4) некариозных поражений зубов

18. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ У УЧАСТКОВОГО СТОМАТОЛОГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проба Шиллера
- 2) осмотр
- 3) рентгенологические исследования
- 4) генеалогический анамнез

19. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СЧИТАЮТ

- 1)+ микробный налет
- 2) вредные привычки
- 3) подвижность зубов
- 4) наследственность

20. ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 ДИАГНОЗУ «ХРОНИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ» СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- 1)+ K05.1
- 2) K02.1
- 3) K03.1
- 4) K04.5

21. ГИПЕРТРОФИЮ ДЕСНЫ МОГУТ ВЫЗВАТЬ

- 1)+ антиэпилептические препараты
- 2) антибактериальные препараты
- 3) ополаскиватели на основе хлоргексидина
- 4) иммуномодуляторы

22. НАЛИЧИЕ ЛОЖНОГО КАРМАНА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО

- 1)+ гиперпластического гингивита
- 2) простого маргинального гингивита
- 3) язвенного гингивита
- 4) пародонтита

23. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хроническая травма зубодесневого сосочка
- 2) острая травма зубодесневого сосочка
- 3) прием пациентом психотропных препаратов
- 4) токсикоз второй половины беременности

24. ПРИ ИНТАКТНОМ ПАРОДОНТЕ ДЕСНЕВАЯ БОРОЗДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ клинически
- 2) гистологически
- 3) рентгенологически
- 4) пальпаторно

25. ПРИЧИНОЙ ВОСПАЛЕНИЯ В ПАРОДОНТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ микробная бляшка
- 2) нарушение обмена веществ
- 3) уменьшение секреции слюны
- 4) эндокринная патология

26. ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 ДИАГНОЗУ «РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ» СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- 1)+ K06.0
- 2) K05.3
- 3) K06.2
- 4) K07.1

27. УСТОЙЧИВЫЙ НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ ВОЗДУХА, ВЫДЫХАЕМОГО ЧЕЛОВЕКОМ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

- 1)+ галитоз
- 2) бруксизм
- 3) дистресс-синдром
- 4) синдром Стейтона-Капдепона

28. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВОСПАЛЕНИЯ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровоточивость десны
- 2) неудовлетворительная гигиена полости рта
- 3) изменение формы десневого сосочка
- 4) клинический карман в 3 мм

29. ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ КОЛИЧЕСТВА МЯГКОГО ЗУБНОГО НАЛЕТА ВО РТУ PH СЛЮНЫ

- 1)+ смещается в кислую сторону
- 2) смещается в щелочную сторону
- 3) остается без изменений
- 4) становится нейтральным

30. ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ НА ФОНЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО Х-ГИСТИОЦИТОЗА У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО

- 1)+ сделать рентгенографию
- 2) определить глубину патологического кармана
- 3) провести исследование кровоточивости десны
- 4) определить прикус

31. НАЛИЧИЕ ЛОЖНОГО КАРМАНА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО

- 1)+ гиперпластического гингивита
- 2) простого маргинального гингивита
- 3) язвенного гингивита
- 4) пародонтита

32. НАЛИЧИЕ ЗУБНОГО КАМНЯ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ

- 1)+ гингивита
- 2) кариеса
- 3) флюороза
- 4) гипоплазии эмали

33. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ деструкция кортикальных пластинок
- 2) диффузный остеопороз межзубных перегородок
- 3) остеопороз альвеолярного отростка
- 4) расширение периодонтальной щели в маргинальной области

34. КРОВОТОЧИВОСТЬ ДЕСЕН ПРИ ЧИСТКЕ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ хронического гингивита
- 2) хронической трещины губы
- 3) рецидивирующего афтозного стоматита
- 4) острого герпетического стоматита

35. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ПАРОДОНТАЛЬНОГО ИНДЕКСА (PI) ПО РАССЕЛУ ДОПОЛНИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ рентгенографический метод исследования
- 2) полярометрия
- 3) эхоостеометрия
- 4) реопародонтография

36. К СИМПТОМАМ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ обширные болезненные эрозии на деснах
- 2) наличие пятен и эрозий в межпальцевых складках
- 3) сухость и шелушение красной каймы губ, углов рта
- 4) наличие белого творожистого налета на языке

37. ИЗМЕНЕНИЯ ВЫСОТЫ КОСТНОЙ ТКАНИ МЕЖЗУБНЫХ ПЕРЕГОРОДОК НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ

- 1)+ локализованном пародонтите
- 2) генерализованном гингивите
- 3) локализованном гингивите
- 4) атрофическом гингивите

38. СИМПТОМОМ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ серый, плохо снимающийся налет на деснах
- 2) наличие пятен и эрозий в межпальцевых складках
- 3) сухость и шелушение красной каймы губ, углов рта
- 4) наличие белого творожистого налета на языке

39. СИМПТОМОМ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеличение подчелюстных лимфоузлов
- 2) наличие пятен и эрозий в межпальцевых складках
- 3) сухость и шелушение красной каймы губ, углов рта
- 4) наличие белого творожистого налета на языке

40. С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА API ОПРЕДЕЛЯЮТ НАЛИЧИЕ НАЛЕТА НА ПОВЕРХНОСТЯХ ЗУБОВ

- 1)+ проксимальных
- 2) вестибулярных
- 3) оральных
- 4) окклюзионных

41. В СОХРАНЕНИИ ЦЕЛОСТНОСТИ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ ПРИ ВНЕШНИХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ ПРОЯВЛЯЕТСЯ _____ ФУНКЦИЯ ПАРОДОНТА

- 1)+ барьерная
- 2) трофическая
- 3) пластическая
- 4) регулирующая

42. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА РМА ПРОВОДЯТ

- 1)+ окрашивание десны
- 2) окрашивание зубов
- 3) зондирование десневой борозды
- 4) зондирование кариозных полостей

43. НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ВЫЗЫВАЕТ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА _____ ИЗМЕНЕНИЯ

- 1)+ местные
- 2) генерализованные
- 3) общие
- 4) физиологические

44. К МИНЕРАЛИЗОВАННЫМ ЗУБНЫМ ОТЛОЖЕНИЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ зубной камень
- 2) налет курильщика
- 3) мягкий зубной налет
- 4) пелликула зуба

45. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПОКАЗАН ПРИ

- 1)+ агрессивном пародонтите
- 2) хроническом гингивите
- 3) пародонтозе
- 4) фиброматозе

46. ПАРОДОНТ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ периодонт, костную ткань альвеолы, десну, цемент корня зуба
- 2) периодонт, костную ткань альвеолы, цемент корня зуба
- 3) костную ткань альвеолы, десну, цемент корня зуба
- 4) периодонт, десну, цемент корня зуба, эмалево-дентинную границу

47. ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ изменение гормонального фона
- 2) неудовлетворительная гигиена полости рта
- 3) употребление легкоферментируемых углеводов
- 4) повышенное содержание фторидов в воде

48. ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ПАРОДОНТИТА ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЗУБОДЕСНЕВОЙ КАРМАН

- 1)+ глубиной до 3 мм
- 2) глубиной до 6 мм
- 3) ложный десневой
- 4) глубиной до 1 см

49. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ застойная гиперемия, кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
- 2) десна увеличена в размере, деформирована
- 3) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм
- 4) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах

50. В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОМ ГИНГИВИТЕ ОБНАРУЖИВАЮТ

- 1)+ лейкоцитоз
- 2) лимфоцитоз
- 3) лейкопению
- 4) тромбоцитопению

51. К ИДИОПАТИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ ПАРОДОНТА С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ЛИЗИСОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ синдром Папийон-Лефевра
- 2) гингивостоматит Венсана
- 3) синдром Пьера-Робена
- 4) синдром Стентона-Капдепона

52. ПАРОДОНТОЛИЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ синдроме Папийона-Лефевра
- 2) функциональной перегрузке зубов
- 3) эндемическом зобе
- 4) заболевании желудочно-кишечного тракта

53. ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ПАРОДОНТИТА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ КАРМАНЫ

- 1)+ глубиной до 3 мм
- 2) глубиной до 6 мм
- 3) ложные десневые
- 4) глубиной до 1 см

54. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ ложного кармана
- 2) пародонтального кармана
- 3) зубных отложений
- 4) кровоточивости десны

55. К ВИДУ ПАРОДОНТОГЕННЫХ БАКТЕРИЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ *Porphyromonas gingivalis*
- 2) *Streptococcus mutans*
- 3) *Streptococcus oralis*
- 4) *Candida albicans*

56. ПАРОДОНТАЛЬНЫЕ КАРМАНЫ ГЛУБИНОЙ ОТ 4 ДО 6 ММ СООТВЕТСТВУЮТ _____ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА

- 1)+ средней
- 2) легкой
- 3) тяжелой
- 4) среднетяжелой

57. СМЕЩЕНИЕ ЗУБА ВО ВСЕХ НАПРАВЛЕНИЯХ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТЕПЕНИ ПОДВИЖНОСТИ

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 4

58. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ десна увеличена в размере, деформирована
- 2) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
- 3) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм
- 4) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах

59. ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЛУБИНЫ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ десневой край
- 2) эмалево-цементная граница
- 3) эмалево-дентинная граница
- 4) экватор зуба

60. К СИСТЕМНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ декомпенсированный сахарный диабет
- 2) употребление легкоферментируемых углеводов
- 3) наличие ортодонтических конструкций
- 4) неудовлетворительная гигиена полости рта

61. ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ МЕЖЗУБНЫХ ПЕРЕГОРОДОК НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ

- 1)+ хроническом пародонтите
- 2) гипертрофическом гингивите
- 3) катаральном гингивите
- 4) атрофическом гингивите

62. ПРИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА ГЛУБИНА ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- 1)+ 4-6
- 2) 2-4
- 3) 6-8
- 4) 8-10

63. ПАРОДОНТАЛЬНЫЕ КАРМАНЫ ГЛУБИНОЙ ДО 4 ММ СООТВЕТСТВУЮТ _____ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА

- 1)+ легкой
- 2) тяжелой
- 3) средней
- 4) среднетяжелой

64. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ВОСПАЛЕНИЯ ДЕСНЫ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

- 1)+ РМА
- 2) ИГР-У
- 3) СРІ
- 4) Федорова-Володкиной

65. АТРОФИЧЕСКИ-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ

- 1)+ пародонтозе
- 2) пародонтите
- 3) гингивите
- 4) фиброматозе

66. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТОГО МАРГИНАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровоточивость десны при зондировании
- 2) разрастание десневых сосочков
- 3) десквамация эпителия десны
- 4) деструкция десневых сосочков

67. ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ, ОТЛИЧАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ ОТ ПАРОДОНТИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ целостность зубо-десневого соединения
- 2) воспаление десневого края
- 3) наличие зубного камня
- 4) наличие пародонтального кармана

68. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ ложного кармана
- 2) пародонтального кармана
- 3) зубных отложений
- 4) кровоточивости десны

69. ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ изменение гормонального фона
- 2) неудовлетворительная гигиена полости рта
- 3) употребление легкоферментируемых углеводов
- 4) повышенное содержание фторидов в воде

70. КОД 3 ПО ИНДЕКСУ СРІ ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ пародонтального кармана глубиной 4-5 мм
- 2) пародонтального кармана глубиной 6 и более мм
- 3) кровоточивости десны при зондировании
- 4) зубного камня

71. ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ ОЦЕНИВАЮТ С ВОЗРАСТА (В ГОДАХ)

- 1)+ 15
- 2) 6
- 3) 12
- 4) 18

72. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПАРОДОНТАЛЬНОГО ИНДЕКСА РАССЕЛА (РІ) ОЦЕНИВАЮТ СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА

- 1)+ каждого зуба
- 2) зубов Рамфьорда
- 3) фронтальных зубов
- 4) жевательных зубов

73. ФИБРОЗНУЮ ФОРМУ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ

- 1)+ фиброматоза десен
- 2) пародонтита
- 3) хронического катарального гингивита
- 4) атрофического гингивита

74. К ФАКТОРУ СПОСОБСТВУЮЩЕМУ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПАРОДОНТА ОТНОСЯТ

- 1)+ некоторые системные заболевания ребенка
- 2) аномалии прикрепления уздечек языка, губ
- 3) мелкое преддверие полости рта
- 4) частичную адентию зубов

75. УРОВНИ ИНТЕНСИВНОСТИ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ ПАРОДОНТА УСТАНОВЛЕНЫ ВОЗ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 15
- 2) 6
- 3) 12
- 4) 18

76. К СОВРЕМЕННОМУ МЕТОДУ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАРОДОНТОПАТОГЕННЫХ БАКТЕРИЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ ПЦР- диагностику
- 2) бактериоскопическое исследование
- 3) биопсию тканей десны
- 4) морфологический анализ

77. ИНДЕКС РМА ОСНОВАН НА ВЫЯВЛЕНИИ НАКОПЛЕНИЯ_____ В ТКАНЯХ ДЕСНЫ

- 1)+ гликогена
- 2) коллагена
- 3) лейкоцитов
- 4) лимфоцитов

78. ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ПАРОДОНТИТА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ

- 1)+ резорбция компактных пластинок и вершины межзубных перегородок
- 2) резорбция костной ткани альвеолярного отростка на ½ корня
- 3) сохранность кортикальной пластинки лунок зубов
- 4) нет изменений в костной ткани альвеолярного отростка

79. ПАРОДОНТАЛЬНЫЙ ИНДЕКС РАССЕЛА (РІ) ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОЦЕНКИ

- 1)+ тяжести гингивита и пародонтита
- 2) кровоточивости десневых сосочков
- 3) кровоточивости десневой борозды
- 4) нуждаемости в лечении пародонта

80. ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неудовлетворительная гигиена полости рта
- 2) низкое содержание фторидов в воде
- 3) повышенное содержание фторидов в воде
- 4) употребление кислых продуктов и напитков

81. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ АТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ десна бледная, ретракция десны 1-3 мм
- 2) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
- 3) десна увеличена в размере, деформирована
- 4) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах

82. ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ЛИЗИС ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ сахарном диабете
- 2) болезни Крона
- 3) хроническом гепатите
- 4) ревматоидном артрите

83. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах
- 2) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
- 3) десна увеличена в размере, деформирована
- 4) десна гиперемирована, отечна

84. ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ ПОДОШВ И ЛАДОНЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ТЯЖЕЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПАРОДОНТА ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ

- 1)+ синдроме Папийона-Лефевра
- 2) болезни Иценко-Кушинга
- 3) гипофизарном нанизме
- 4) циклической нейтропении

85. МАКСИМАЛЬНАЯ ГЛУБИНА КАРМАНОВ ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ (В ММ)

- 1)+ 4
- 2) 6
- 3) 2
- 4) 8

86. ПРИ 1 СТЕПЕНИ ПОДВИЖНОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ СМЕЩЕНИЕ ЗУБА В ВЕСТИБУЛООРАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ _____ ЧЕМ НА _____ (В ММ)

- 1)+ менее; 1-2
- 2) более; 1-2
- 3) более; 3
- 4) более; 5

87. У ДЕТЕЙ ОБСЛЕДУЮТ СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПО ИНДЕКСУ СРІ В ОБЛАСТИ ____ ЗУБОВ

- 1)+ 6
- 2) 10
- 3) 14
- 4) 18

88. ПАРОДОНТАЛЬНЫЕ КАРМАНЫ ГЛУБИНОЙ БОЛЕЕ 6 ММ СООТВЕТСТВУЮТ _____ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА

- 1)+ тяжелой
- 2) легкой
- 3) средней
- 4) среднетяжелой

89. К ХАРАКТЕРНОМУ ПРИЗНАКУ ПАРОДОНТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ деструкцию альвеолярной кости
- 2) остеопороз альвеолярной кости
- 3) гипертрофию тканей десны
- 4) ложные пародонтальные карманы

90. НИЗКО ПРИКРЕПЛЕННАЯ УЗДЕЧКА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ

- 1)+ локализованного пародонтита
- 2) начального кариеса
- 3) гипоплазии эмали
- 4) афтозного стоматита

91. АНОМАЛИЯ УЗДЕЧКИ НИЖНЕЙ ГУБЫ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ К

- 1)+ локальному пародонтиту
- 2) дефекту речи
- 3) уплощению центрального фрагмента нижней челюсти
- 4) нарушению соотношения челюстей

92. СМЕЩЕНИЕ ЗУБА В ВЕСТИБУЛООРАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 1-2 ММ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТЕПЕНИ ПОДВИЖНОСТИ

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

93. К МИНЕРАЛИЗОВАННЫМ ЗУБНЫМ ОТЛОЖЕНИЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ зубной камень
- 2) зубной налет
- 3) кутикула
- 4) пелликула

94. ЗУБНОЙ КАМЕНЬ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

- 1)+ простого маргинального
- 2) гиперпластического
- 3) язвенного
- 4) десквамативного

95. ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ, ОТЛИЧАЮЩИМ ПАРОДОНТИТ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие пародонтального кармана
- 2) воспаление десневого края
- 3) ложный десневой карман
- 4) зубной камень

96. К ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАРОДОНТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ механическую травму тканей пародонта
- 2) обострение общесоматического заболевания
- 3) нарушение режима питания
- 4) кариес и его осложнения

97. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ боль, кровоточивость, изъязвление десны
- 2) разрастание, гиперемия, кровоточивость десны
- 3) ложные пародонтальные карманы, отек
- 4) атрофия, цианоз, кровоточивость десны

98. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПОРАЖЕНИЯ ПАРОДОНТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ смещение зубов
- 2) деструкция кортикальных пластинок межальвеолярных перегородок
- 3) уплощение вершин межальвеолярных перегородок
- 4) снижение высоты межальвеолярных перегородок

99. К МЕСТНЫМ ФАКТОРАМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К РАЗВИТИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ глубина преддверия полости рта менее 5 мм
- 2) бипрогнатический прикус
- 3) глубина преддверия полости рта 5-10 мм
- 4) ортогнатический прикус

100. ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- 1)+ альвеолярной десны
- 2) маргинальной десны
- 3) альвеолярной кости
- 4) десневого сосочка

101. В ОБЛАСТИ ДЕСНЫ ОТСУТСТВУЕТ

- 1)+ подслизистый слой
- 2) базальный слой
- 3) эпителий
- 4) зернистый слой

102. К ОСНОВНОМУ МЕСТНОМУ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ микробный налет
- 2) несбалансированное питание
- 3) общесоматические заболевания
- 4) вредные привычки

103. НАРУШЕНИЕ ПРИКРЕПЛЕНИЯ УЗДЕЧКИ ГУБ, ЯЗЫКА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ _____ ФОРМЫ ПАРОДОНТИТА

- 1)+ локальной
- 2) агрессивной
- 3) генерализованной
- 4) хронической

104. В НОРМЕ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ГЛИКОГЕНА В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ДЕСЕН СОДЕРЖИТСЯ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО (В ГОДАХ)

- 1)+ 3
- 2) 5
- 3) 7
- 4) 9

105. К ОДНОМУ ИЗ ОБЩИХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У ПАЦИЕНТА В ВОЗРАСТЕ 13 ЛЕТ ОТНОСЯТ

- 1)+ гормональный дисбаланс в пубертатном возрасте
- 2) системные заболевания соединительной ткани
- 3) сахарный диабет
- 4) эктодермальную дисплазию

106. МЕЛКОЕ ПРЕДДВЕРИЕ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ

- 1)+ рецессии десны
- 2) пародонтоза
- 3) гипертрофического гингивита
- 4) язвенного гингивита

107. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПАРОДОНТЕ У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- 1)+ морфологической и функциональной незрелостью тканей пародонта
- 2) видовым составом микрофлоры
- 3) нарушением гемодинамики в тканях пародонта
- 4) нарушением питания

108. ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- 1)+ десневого сосочка
- 2) альвеолярной десны
- 3) маргинальной десны
- 4) альвеолярной кости

109. СОСТАВНЫМИ ЧАСТЯМИ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ десна, периодонт, цемент корня зуба, костная ткань альвеолы
- 2) десна, цемент корня зуба, костная ткань альвеолы
- 3) дентин и цемент корня зуба, костная ткань альвеолы
- 4) десна, периодонт, дентин и цемент корня зуба

110. К СИСТЕМНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА, ОТНОСЯТ

- 1)+ сахарный диабет
- 2) грибковые
- 3) органов дыхания
- 4) вирусные

111. ГИПЕРЕМИЯ ДЕСНЫ, КРОВОТОЧИВОСТЬ, ОБРАЗОВАНИЕ ДЕСНЕВОГО КАРМАНА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ острого пародонтита
- 2) хронического пародонтита
- 3) гипертрофического гингивита
- 4) катарального гингивита

112. СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- 1)+ маргинальной десны
- 2) альвеолярной десны
- 3) десневого сосочка
- 4) альвеолярной кости

113. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ОТНОСЯТ

- 1)+ остеопороз альвеолярного отростка челюсти
- 2) истончение кортикального слоя челюсти
- 3) облитерацию корневых каналов
- 4) укорочение корней зубов

114. РАССТОЯНИЕ ОТ ВЕРШИНЫ МЕЖЗУБНОГО ДЕСНЕВОГО СОСОЧКА ДО МЕСТА ПРИКРЕПЛЕНИЯ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- 1)+ не менее 5
- 2) более 2
- 3) менее 5
- 4) 1

115. К ОДНОМУ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ФИБРОЗНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ разрастание не измененной в цвете десны
- 2) гиперемию и отек десневых сосочков
- 3) кровоточивость десны при чистке зубов
- 4) некроз десневых сосочков

116. ПЕРЕГРУЗКА ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ АНОМАЛИЯХ ОККЛЮЗИИ ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ _____ ФОРМЫ ПАРОДОНТИТА

- 1)+ локальной
- 2) генерализованной
- 3) агрессивной
- 4) острой

117. ОБНАРУЖЕНИЕ ГЛИКОГЕНА В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ДЕСНЫ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 3-Х ЛЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ _____ ПРОЦЕССА

- 1)+ воспалительного
- 2) дегенеративного
- 3) атрофического
- 4) пролиферативного

118. ОСОБЕННОСТЬЮ СТРОЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСЕН У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 3 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ большое содержание гликогена
- 2) высокая плотность соединительной ткани
- 3) слабое кровоснабжение
- 4) усиленное ороговение эпителия

119. К ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАРОДОНТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ химическую травму пародонта
- 2) обострение общесоматического заболевания
- 3) нарушение режима питания
- 4) кариес и его осложнения

120. ВОРОНКООБРАЗНАЯ РЕЗОРБЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ В ОБЛАСТИ МОЛЯРОВ И ГОРИЗОНТАЛЬНАЯ В ОБЛАСТИ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ ПАРОДОНТА ПРИ

- 1)+ сахарном диабете
- 2) синдроме Папийона Лефевра
- 3) гистеоцитозе X
- 4) ксантоматозе

121. ГЛУБИНА ПРЕДДВЕРИЯ РТА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- 1)+ 5-10
- 2) менее 5
- 3) более 10
- 4) 15

122. ИННЕРВАЦИЮ ПАРОДОНТА ОБЕСПЕЧИВАЕТ/ОБЕСПЕЧИВАЮТ _____ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

- 1)+ зубные сплетения второй и третьей ветвей
- 2) первая ветвь
- 3) вторая ветвь
- 4) все три ветви

123. ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА СОСТОИТ ИЗ

- 1)+ обезболивания, снятия зубных отложений, аппликаций протеолитическими ферментами, антибактериальных средств
- 2) гигиены полости рта, удаления зубных отложений, наложения лечебных повязок
- 3) гигиены полости рта, устранения местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофореза витаминами, всех видов массажа
- 4) гигиены полости рта, обезболивания, массажа

124. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ПРОВОДЯТ

- 1)+ склерозирующую терапию
- 2) удаление зубов и протезирование
- 3) открытый кюретаж
- 4) антибактериальную терапию

125. УСТРАНЕНИЕ ДЕЙСТВУЮЩЕЙ ПРИЧИНЫ ПРИ ЛОКАЛЬНОМ ПАРОДОНТИТЕ ПРИВОДИТ К

- 1)+ стабилизации процесса
- 2) переходу в следующую фазу заболевания
- 3) полному выздоровлению
- 4) не влияет на течение заболевания

126. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ ПОЛОСКАНИЙ ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ развитие дисбактериоза
- 2) очаговая деминерализация эмали
- 3) образование эрозий на эмали
- 4) язвенно-некротический гингивит

127. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ обезболивание, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства, кератопластические средства
- 2) профессиональную гигиену полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапию
- 3) профессиональную гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
- 4) профессиональную гигиену полости рта, устранение местных факторов, электрофорез витаминами, все виды массажа

128. ПАЦИЕНТАМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ РЕКОМЕНДУЮТ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЗУБНОЙ ЩЕТКОЙ

- 1)+ мягкой
- 2) средней жесткости
- 3) жесткой
- 4) электрической

129. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЯЗВЕННОГО ГИНГИВИТА ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1)+ антибактериальной терапии
- 2) профессиональной гигиене
- 3) общеукрепляющей терапии
- 4) ортодонтическому лечению

130. ПРИ ЗАТЯЖНОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЯЗВЕННОГО ГИНГИВИТА НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ адаптогены
- 2) стероидные гормоны
- 3) противовирусные препараты
- 4) антикоагулянты

131. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТИТА ПРОВОДЯТ ПОД ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ

- 1)+ инфильтрационным
- 2) аппликационным
- 3) чрескожной электронейростимуляцией
- 4) проводниковым

132. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ изъязвлённость десневого края, серый налёт, гнилостный запах
- 2) кровоточивость и отёк зубодесневых сосочков
- 3) увеличение десны в размере, деформацию
- 4) гиперемированность десны, отёчность

133. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ГИНГИВИТЕ ПРОВОДЯТ ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ И

- 1)+ местную противовоспалительную терапию
- 2) шинирование зубов со II степенью подвижности
- 3) кюретаж пародонтальных карманов
- 4) лоскутные операции или гингивэктомия

134. В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ НА ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ шлифование зубов
- 2) профессиональную чистку зубов и снятие поддесневых зубных отложений
- 3) уроки гигиены
- 4) миотерапию

135. МЕТОД ЧИСТКИ ЗУБОВ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЙ ДЕЛЕНИЕ ЗУБНОГО РЯДА НА СЕГМЕНТЫ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ОЧИЩЕНИЕ ЗУБОВ КАЖДОГО СЕГМЕНТА, НАЧИНАЯ С ВЕРХНИХ ПРАВЫХ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ стандартным Г.Н. Пахомова
- 2) круговым Fones
- 3) Bass
- 4) Leonard

136. КЕРАТОПЛАСТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЯЗВЕННОГО ГИНГИВИТА ДЛЯ

- 1)+ ускорения эпителизации
- 2) снятия воспаления
- 3) уменьшения отека
- 4) антибактериальной терапии

137. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ АТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА И

- 1)+ устранение местных факторов, физиотерапевтическое лечение
- 2) склерозирующие средства, физиотерапию
- 3) наложение лечебных повязок с антибиотиками
- 4) аппликации протеолитических ферментов, антибактериальные средства

138. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОСКАНИЯ И АППЛИКАЦИИ НАЗНАЧАЮТ В ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ 2-3 недель
- 2) 2-3 дней
- 3) 5-7 недель
- 4) 5-7 дней

139. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОЧАГОВ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ПОСЛЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГИНГИВИТОМ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ реминерализующую терапию
- 2) аппликации кератопластических препаратов
- 3) десенсебилизирующую терапию
- 4) реставрации зубов композитными материалами

140. ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ РАСТВОР

- 1)+ хлоргексидина 0,2 %
- 2) водорода пероксида 3%
- 3) гипохлорита натрия 3%
- 4) спиртовой бриллиантовой зелени

141. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПРИ ОСТРОМ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕМ ЯЗВЕННОМ ГИНГИВИТЕ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ после эпителизации слизистой десны
- 2) при первом обращении пациента
- 3) через месяц от начала лечения
- 4) через год после начала лечения

142. ДЛЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА ПРИ УДАЛЕНИИ ПОДДЕСНЁВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ СЛЕДУЕТ ИЗБРАТЬ

- 1)+ аппликационную анестезию
- 2) инфильтрационное обезболивание раствором Новокаина 0,25%
- 3) инфильтрационное обезболивание раствором Новокаина 0,25% с Адреналином
- 4) проводниковую анестезию раствором Новокаина 2% с Адреналином

143. АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЯЗВЕННОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЮТ ДЛЯ

- 1)+ десенсибилизации организма
- 2) снятия воспаления
- 3) антимикробной терапии
- 4) общего укрепления организма

144. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА, СВЯЗАННЫХ С АНОМАЛИЯМИ ПРИКУСА, ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОД (В ГОДАХ)

- 1)+ 1-10
- 2) 3-5
- 3) 0-1
- 4) 10-13

145. ЛЕЧЕНИЕ АТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА СОСТОИТ ИЗ

- 1)+ гигиены полости рта, устранения местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.)
- 2) гигиены полости рта, удаления зубных отложений, склерозирующих средств, физиотерапии
- 3) гигиены полости рта, удаления зубных отложений, наложения лечебных повязок
- 4) обезболивания, снятия зубных отложений, аппликаций протеолитическими ферментами, антибактериальных средств

146. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО НАЛЕТА ПРИ ОСТРОМ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕМ ЯЗВЕННОМ ГИНГИВИТЕ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ протеолитические ферменты
- 2) антисептики
- 3) антибактериальные препараты
- 4) кератопластики

147. ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ НА ФОНЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО Х-ГИСТИОЦИТОЗА У ДЕТЕЙ АБСОЛЮТНО НЕОБХОДИМО

- 1)+ проведение рентгенографии
- 2) определение глубины патологического кармана
- 3) исследование кровоточивости десны
- 4) определение прикуса

148. ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ гигиену полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапию
- 2) гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
- 3) обезболивание, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
- 4) обезболивание, антибактериальные средства, физиотерапию

149. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ застойная гиперемия, кровоточивость и отёк зубодесневых сосочков
- 2) увеличение десны в размере, её деформация
- 3) бледность десны, ретракция 1-3 мм
- 4) изъязвленность деснёвого края, серый налёт, гнилостный запах

150. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОСКАНИЯ И АППЛИКАЦИИ НАЗНАЧАЮТ _____ РАЗ/РАЗА В ДЕНЬ

- 1)+ 2-3
- 2) 1
- 3) 10-12
- 4) 5-7

151. В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ АГЕНТЫ В ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ 2-4 недель
- 2) 5-7 дней
- 3) 2-3 месяцев
- 4) 1-2 лет

152. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ бледность десны, ретракцию 1-3 мм
- 2) кровоточивость и отёк зубодесневых сосочков
- 3) увеличение десны в размере, деформацию
- 4) изъязвленность деснёвого края, серый налёт, гнилостный запах

153. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА НАНОСЯТ НА ДЕСНУ ГЕЛЬ С ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ _____ РАЗ/РАЗА В ДЕНЬ

- 1)+ 2-3
- 2) 1
- 3) 10-12
- 4) 5-7

154. ОСНОВНОЕ ПРАВИЛО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ АППАРАТОВ ДЛЯ СНЯТИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ отсутствии давления на зуб
- 2) использовании только на вестибулярной поверхности
- 3) использовании с медикаментозными средствами для удаления налёта
- 4) максимальном давлении на зуб

155. ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОБРАБОТКЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ анестезирующие гели без содержания спирта
- 2) спиртосодержащие анестезирующие спреи
- 3) инъекционные анестетики
- 4) анальгезирующие препараты общего действия

156. ПРИ ЛОКАЛЬНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГРЕССИВНОГО ПАРОДОНТИТА ГЕЛЬ С АНТИБИОТИКОМ ВНОСЯТ В

- 1)+ пародонтальный карман
- 2) десневую борозду
- 3) костный карман
- 4) переходную складку

157. ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ПОВТОРНО ПРОВОДЯТ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 3-4 недели
- 2) 3-4 дня
- 3) 2-3 месяца
- 4) 1-2 года

158. ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ гигиену полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапию
- 2) гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
- 3) гигиену полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
- 4) обезболивание, антибактериальные средства, физиотерапию

159. СИМПТОМ КРОВОТОЧИВОСТИ ДЕСЕН УЧИТЫВАЕТСЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА

- 1)+ СРІТN
- 2) Грина - Вермильона
- 3) ПМА
- 4) Фёдорова - Володкиной

160. ДЛЯ ЛОКАЛЬНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГРЕССИВНОГО ПАРОДОНТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ ГЕЛИ НА ОСНОВЕ

- 1)+ метронидазола
- 2) натрия фторида
- 3) кальция глюконата
- 4) ретинола ацетата

161. ПРИ ХОРОШЕМ РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРВИЧНОГО КУРСА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У ПОДРОСТКОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ диспансерное наблюдение
- 2) склерозирующая терапия
- 3) гингивэктомия
- 4) лоскутная операция

162. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА В БОЛЬШЕЙ МЕРЕ СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ проведение профессиональной гигиены
- 2) уменьшение употребления углеводов
- 3) реминерализующая терапия
- 4) прием фторидсодержащих таблеток

163. ЛЕЧЕНИЕ АГРЕССИВНОГО ПАРОДОНТИТА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ выравнивание поверхности корней зубов
- 2) герметизацию фиссур
- 3) микроабразию эмали
- 4) реминерализующую терапию

164. АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ НА ПОВЕРХНОСТЬ ДЕСНЫ НАНОСЯТ

- 1)+ после удаления некротизированных тканей
- 2) до удаления некротизированных тканей
- 3) после заживления эрозий
- 4) перед обезболиванием слизистой оболочки

165. ОТКРЫТЫЙ КЮРЕТАЖ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ

- 1)+ язвенно-некротическом гингивите
- 2) гипертрофии слизистой оболочки десны
- 3) пародонтальных карманах глубиной менее 5 мм
- 4) подвижности зубов II степени

166. СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА С КОМПОНЕНТОМ ГИПЕРПЛАЗИИ ДЕСНЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРИМЕНЕНИИ

- 1)+ противовоспалительных и склерозирующих средств
- 2) физиотерапевтического лечения
- 3) противовоспалительных средств
- 4) склерозирующих средств

167. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СИСТЕМНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГРЕССИВНОГО ПАРОДОНТИТА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ пробиотиков
- 2) витаминов
- 3) адаптогенов
- 4) кортикостероидов

168. СКЛЕРОЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ _____ ФОРМЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

- 1)+ фиброзной
- 2) отечной
- 3) катаральной
- 4) десквамативной

169. ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АГРЕССИВНОГО ПАРОДОНТИТА У ПОДРОСТКОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРОВЕДЕНИИ

- 1)+ лазерного кюретажа
- 2) гингивэктомии
- 3) открытого кюретажа
- 4) лоскутной операции

170. СКЛЕРОЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1)+ фиброзной форме гипертрофического гингивита
- 2) отечной форме гипертрофического гингивита
- 3) язвенно-некротическом гингивите
- 4) хроническом катаральном гингивите

171. ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ХЛОРГЕКСИДИНА (СВЫШЕ 14 ДНЕЙ) МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ

- 1)+ дисбактериоза
- 2) стоматита
- 3) хейлита
- 4) глоссита

172. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ПРОВОДЯТ МЕСТНУЮ _____ ТЕРАПИЮ

- 1)+ противовоспалительную
- 2) инъекционную склерозирующую
- 3) неинъекционную склерозирующую
- 4) эпителизирующую

173. ДЛЯ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЮТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ натрия салицилат 30
- 2) хлоргексидина биглюконат 0.5
- 3) натрия гипохлорид 3
- 4) кальция глюконат 10

174. РАСТВОР ДЛЯ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ВВОДЯТ

- 1)+ от вершины к основанию десневого сосочка
- 2) от основания к вершине десневого сосочка
- 3) в зубодесневой желобок
- 4) по переходной складке

175. ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА ПРИМЕНЯЮТ РАСТВОР (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ мирамистина 0.01
- 2) натрия гипохлорида 3
- 3) пероксида водорода 3
- 4) кальция глюконата 10

176. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ТКАНЕЙ ДЕСНЫ ПРИ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОМ ГИНГИВИТЕ ПРОВОДЯТ АППЛИКАЦИИ С

- 1)+ кератопластиками
- 2) антисептиками
- 3) ферментами
- 4) антибиотиками

177. ЧАСТОТА НАБЛЮДЕНИЙ СТОМАТОЛОГОМ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ ПАРОДОНТИТ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЕТ _____ РАЗ/РАЗА В

- 1)+ 3-4; год
- 2) 1-2; год
- 3) 1; месяц
- 4) 2; месяц

178. ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ИММУНИТЕТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ ВНУТРЬ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ поливитамины
- 2) антибиотики
- 3) обезболивающие препараты
- 4) антигистаминные препараты

179. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ОТВОДИТСЯ _____ ТЕРАПИИ

- 1)+ антибактериальной
- 2) противогрибковой
- 3) противовирусный
- 4) иммуностимулирующей

180. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРИМЕНЯЮТ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

- 1)+ противовоспалительные
- 2) с минеральными компонентами
- 3) противокариозные
- 4) отбеливающие

181. СКЛЕРОЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ГИНГИВИТЕ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ уплотнения десневых сосочков и уменьшения их объема
- 2) увеличения микроциркуляции в тканях
- 3) ускорения эпителизации тканей десны
- 4) удаления грануляций из парадонтальных карманов

182. В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ НЕОБХОДИМО ВКЛЮЧИТЬ

- 1)+ обучение методам индивидуальной гигиены полости рта
- 2) хирургическое иссечение отёчного края десны
- 3) лоскутную операцию
- 4) открытый кюретаж

183. АНТИСЕПТИЧЕСКУЮ ОБРАБОТКУ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА ПРОВОДЯТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАСТВОРА (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ водорода пероксида 0.5-1
- 2) калия перманганата 1-2
- 3) натрия фторида 1-2
- 4) водорода пероксида 3-4

184. В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ПРИМЕНЯЮТ ПОЛОСКАНИЯ РАСТВОРОМ

- 1)+ хлоргексидина 0,05 %
- 2) перекиси водорода 3%
- 3) бикарбоната натрия
- 4) спиртовым хлорфиллипта

185. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ПРИМЕНЯЮТ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ, АКТИВНЫЙ В ОТНОШЕНИИ

- 1)+ анаэробных бактерий
- 2) аэробных бактерий
- 3) грибов
- 4) вирусов

186. ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СИНДРОМНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПАРОДОНТА ПРОВОДИТСЯ НЕ РЕЖЕ ____ РАЗ/РАЗА В ГОД

- 1)+ 4
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 1

187. РАСТВОР ДЛЯ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ВВОДИТСЯ В ДЕСНЕВОЙ СОСОЧЕК В КОЛИЧЕСТВЕ (В МЛ)

- 1)+ 0.1-0.2
- 2) 0.5-1
- 3) 1-2
- 4) 3-4

188. ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА ИСПОЛЬЗУЮТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ хлоргексидин биглюконат 0,05
- 2) водорода пироксид 3
- 3) калия перманганат 2
- 4) натрия фторид 0,2

189. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ плёнок с хлоргексидином
- 2) плёнок для снятия чувствительности
- 3) плёнок для профилактики кариеса
- 4) отбеливающих полосок

190. ЧАСТОТА НАБЛЮДЕНИЙ СТОМАТОЛОГОМ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ ГИНГИВИТ СОСТАВЛЯЕТ ____ РАЗ/РАЗА В

- 1)+ 2; год
- 2) 4; год
- 3) 1; 4 месяца
- 4) 1; 3 месяца

191. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

- 1)+ лечебные зубные пасты с триклозаном и экстрактами трав
- 2) профилактические зубные пасты со фтором и кальцием
- 3) фтор-содержащие эликсиры
- 4) жевательные резинки

192. ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ В ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВХОДИТ ПРИМЕНЕНИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ

- 1)+ антибактериальных
- 2) отбеливающих
- 3) для профилактики кариеса
- 4) для чувствительных зубов

Тема 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей. Заболевания губ и языка.

1. ПРИ КАНДИДОЗЕ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА ВЫЯВЛЯЮТ

- 1)+ белый творожистый налет
- 2) фибринозный налет
- 3) папулы округлой формы
- 4) пятна Филатова-Коплика

2. ФАКТОРОМ РИСКА КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прием антибиотиков
- 2) прием нестероидных противовоспалительных средств
- 3) ахейлический гастрит
- 4) дискинезия желчевыводящих путей

3. ГЕОГРАФИЧЕСКИЙ ЯЗЫК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ неравномерной десквамацией эпителия на спинке языка
- 2) увеличением в размере нитевидных сосочков темного цвета
- 3) глубокими бороздами на языке
- 4) гладким «малиновым» языком

4. К ФОРМАМ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ (МЭЭ) ОТНОСЯТ

- 1)+ инфекционно-аллергическую, токсико-аллергическую
- 2) острую, хроническую
- 3) псевдомембранозную, атрофическую
- 4) метеорологическую, эксфолиативную

5. ОСНОВНЫМ МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА СЧИТАЮТ

- 1)+ наличие микробного налета
- 2) наследственность
- 3) вредные привычки
- 4) подвижность зубов

6. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ПИОДЕРМИИ

- 1)+ пустулы, толстые соломенно-желтые корки
- 2) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом
- 3) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка
- 4) эрозии неправильных очертаний

7. ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРИ ПИОДЕРМИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фликтена
- 2) папула
- 3) пятно
- 4) бугорок

8. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ (ОГС) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пузырек
- 2) папула
- 3) эрозия
- 4) корка

9. ПРИ АНГУЛЯРНОМ ХЕЙЛИТЕ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ В УГЛАХ РТА ОБРАЗУЮТСЯ

- 1)+ эрозии с влажным белым налетом
- 2) эрозии с гнойным отделяемым
- 3) «медовые» корки
- 4) кровяные массивные корки

10. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАНДИДОЗА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дисбактериоз
- 2) острая или хроническая травма
- 3) гиповитаминоз
- 4) нарушение режима кормления

11. ДЛЯ АФТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ ХАРАКТЕРЕН

- 1)+ ярко-красный воспалительный ободок
- 2) ободок из чешуек
- 3) ободок из быстро лопающихся везикул
- 4) предшествующий пузырь на слизистой

12. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ (МЭЭ) ПРОВОДЯТ С

- 1)+ острым герпетическим стоматитом
- 2) псевдомембранозным кандидозом
- 3) хронической травмой
- 4) химическим ожогом

13. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОТЛИЧИТЬ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выраженный катаральный гингивит
- 2) отек и гиперемия слизистой оболочки
- 3) наличие эрозий на слизистой оболочке
- 4) серый, плохо снимающийся налет на деснах

14. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ТУБЕРКУЛЕЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ микобактерии
- 2) аденовирусы
- 3) стрептококки
- 4) дейтеромицеты

15. СКАРЛАТИНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВО РТУ НА ЯЗЫКЕ В ВИДЕ

- 1)+ блестящей, гладкой поверхности языка ярко-красного цвета
- 2) резко болезненных эрозий и язв
- 3) белого «творожистого», легко снимающегося налета на спинке языка
- 4) грязно-серого налета на спинке языка

16. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, КОТОРЫМИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ГЕОГРАФИЧЕСКИЙ ЯЗЫК, ОТНОСЯТ

- 1)+ неравномерную десквамацию эпителия на спинке языка
- 2) нитевидные сосочки темного цвета, резко увеличенные в размере
- 3) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- 4) плотный темно-коричневый налет на спинке языка

17. СИМПТОМОМ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ белый творожистый налет
- 2) серый плотный налет на деснах
- 3) наличие единичных афт на свободной слизистой
- 4) наличие везикулы и эрозии на фоне гиперемизированной слизистой

18. ГЕОГРАФИЧЕСКИЙ ЯЗЫК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ неравномерной десквамацией эпителия на спинке языка
- 2) гипертрофией нитевидных сосочков языка
- 3) глубокими бороздами, выстланными нормальным эпителием
- 4) гладким «малиновым» языком

19. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГЕРПАНГИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ВИРУС

- 1)+ Коксаки
- 2) простого герпеса
- 3) ветряной оспы
- 4) гриппа

20. ГЛАНДУЛЯРНЫМ ХЕЙЛИТОМ НАЗЫВАЮТ ГИПЕРПЛАЗИЮ МЕЛКИХ ____ ЖЕЛЕЗ

- 1)+ слюнных
- 2) сальных
- 3) потовых
- 4) слизистых

21. К СИМПТОМАМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ пузырьки и эрозии, покрытые фибринозным налетом
- 2) наличие пятен и эрозий в межпальцевых складках
- 3) наличие белого творожистого налета на языке
- 4) единичные эрозии в области преддверия рта

22. ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ В АНАМНЕЗЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ ХРАС
- 2) ОГС
- 3) складчатого языка
- 4) пиодермии

23. ОСНОВНЫМ ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ везикула
- 2) язва
- 3) корочка
- 4) рубец

24. ПРИ ПИОДЕРМИИ НА КРАСНОЙ КАЙМЕ И КОЖЕ ГУБ ОБНАРУЖИВАЮТ

- 1)+ пустулы, толстые соломенно-желтые корки
- 2) эрозии, покрытые фибринозным налетом
- 3) творожистый налет на слизистой оболочке губ и языка
- 4) прозрачные корочки, фиксированные в центре

25. ЧАСТОТА РЕЦИДИВОВ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1)+ снижением иммунитета
- 2) возрастом ребенка
- 3) питанием ребенка
- 4) изменением погоды

26. ПРИ СУХОЙ ФОРМЕ ЭКСФОЛИАТИВНОГО ХЕЙЛИТА НАБЛЮДАЮТ

- 1)+ прозрачные чешуйки, плотно фиксированные в центре и приподнятые по краям
- 2) застойную гиперемию на красной кайме
- 3) эрозии округлой формы
- 4) пустулы, толстые соломенно-желтые корки на коже лица и красной кайме губ

27. АФТЫ БЕДНАРА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО У ДЕТЕЙ

- 1)+ первых месяцев жизни
- 2) дошкольного возраста
- 3) младшего школьного возраста
- 4) старшего школьного возраста

28. К ВОЗБУДИТЕЛЮ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА (ОГС) ОТНОСЯТ

- 1)+ вирус простого герпеса
- 2) актиномицеты
- 3) палочку Леффлера
- 4) дрожжеподобные грибы

29. НАЛИЧИЕ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА ПУЗЫРЬКОВЫХ ВЫСЫПАНИЙ С СЕРОЗНЫМ ИЛИ КРОВЯНИСТЫМ СОДЕРЖИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ лимфангиомы
- 2) гемангиомы
- 3) ретенционной кисты
- 4) папилломы

30. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ (ХРАС) НАБЛЮДАЮТ

- 1)+ единичные эрозии округлой или овальной формы
- 2) множественные пузырьковые высыпания
- 3) острый катаральный гингивит
- 4) пузыри на разных участках слизистой оболочки

31. ОЧАГИ НЕКРОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- 1)+ крови и кроветворных органов
- 2) центральной нервной системы
- 3) ЛОР-органов
- 4) желудочно-кишечного тракта

32. ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вирус простого герпеса 1 типа
- 2) вирус простого герпеса 2 типа
- 3) вирус коксаки
- 4) цитомегаловирус

33. СКЛАДЧАТЫМ ЯЗЫКОМ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ врожденную аномалию развития
- 2) результат хронической травмы зубами
- 3) следствие гормональных нарушений
- 4) осложнение сердечно-сосудистой патологии

34. ГНОЙНЫЕ ПУСТУЛЫ, ТОЛСТЫЕ СОЛОМЕННО-ЖЕЛТЫЕ КОРКИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

- 1)+ пиодермии
- 2) кори
- 3) ОГС
- 4) гриппа

35. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

- 1)+ формалин
- 2) каротоллин
- 3) лизоцим
- 4) винилин

36. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПИОДЕРМИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ стрепто- и стафилококки
- 2) аденовирусы
- 3) дейтеромицеты
- 4) микобактерии

37. ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ХЕЙЛИТЕ В УГЛАХ РТА ОБРАЗУЮТСЯ

- 1)+ лихенизация, трещины, мокнутие
- 2) эрозии с гнойным отделяемым
- 3) желтые, “медовые” корки
- 4) эрозии с влажным белым налетом

38. К СИМПТОМУ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ единичные эрозии в области преддверия рта
- 2) выраженный катаральный гингивит
- 3) сухость и шелушение губ и углов рта
- 4) белый творожистый налет на языке

39. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ

- 1)+ не страдает
- 2) страдает умеренно
- 3) сильно страдает
- 4) зависит от возраста ребенка

40. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПИОДЕРМИИ

- 1)+ толстые соломенно-желтые корки на коже лица и красной каймы губ
- 2) единичные эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом
- 3) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка
- 4) острый катаральный гингивит, эрозии неправильных очертаний

41. ПРИ АНГУЛЯРНОМ ХЕЙЛИТЕ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ В УГЛАХ РТА ОБРАЗУЮТСЯ

- 1)+ эрозии с влажным белым налетом
- 2) «медовые» корки
- 3) эрозии с гнойными корками
- 4) атрофические рубцы

42. ПРИ КАНДИДОЗЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА

- 1)+ в пределах нормы
- 2) субфебрильная
- 3) фебрильная
- 4) гиперпиретическая

43. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДИФFUЗНОЙ ЛИМФАНГИОМЫ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ макроглоссия
- 2) «географический» язык
- 3) язвенный глоссит
- 4) кистовидное образование

44. ПРИРОДА КАНДИДОЗА

- 1)+ грибковая
- 2) аллергическая
- 3) вирусная
- 4) травматическая

45. АФТЫ КАК ПЕРВИЧНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

- 1)+ эрозию
- 2) пятно
- 3) корку
- 4) рубец

46. РЕБЕНОК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ, КАК ПРАВИЛО, ЖАЛУЕТСЯ НА

- 1)+ локальные боли при приеме пищи
- 2) повышение температуры тела, слабость
- 3) болезненность всей слизистой оболочки
- 4) неприятный запах изо рта

47. ФАКТОРОМ РИСКА КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прием иммуносупрессоров
- 2) прием нестероидных противовоспалительных средств
- 3) ахейлический гастрит
- 4) дискинезия желчевыводящих путей

48. ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО ЛИМФАДЕНИТА НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ

- 1)+ 1-3 лет
- 2) одного месяца
- 3) 6-7 лет
- 4) 10-12 лет

49. ПЯТНА БЕЛЬСКОГО-ФИЛАТОВА-КОПЛИКА ЯВЛЯЮТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ

- 1)+ кори
- 2) краснухи
- 3) скарлатины
- 4) ветряной оспы

50. СИММЕТРИЧНО РАСПОЛОЖЕННЫЕ ЭРОЗИИ НА ГРАНИЦЕ ТВЕРДОГО И МЯГКОГО НЁБА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ НАЗЫВАЮТСЯ

- 1)+ афты Беднара
- 2) туберкулезная язва
- 3) твердый шанкр
- 4) пятна Коплика-Филатова-Бельского

51. ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ афта
- 2) волдырь
- 3) абсцесс
- 4) бугорок

52. ПЯТНА БЕЛЬСКОГО-ФИЛАТОВА-КОПЛИКА ОКРУЖЕНЫ

- 1)+ узким венчиком гиперемии
- 2) широким венчиком гиперемии
- 3) атрофированной слизистой
- 4) эрозированной слизистой

53. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ АНГИНЫ СЧИТАЮТ

- 1)+ вирус ЕСНО
- 2) вирус простого герпеса
- 3) гемолитический стрептококк
- 4) фузобактерии

54. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ДИФТЕРИИ ПРОВОДЯТ С

- 1)+ ангиной Венсана
- 2) хронической травмой
- 3) химическим ожогом слизистой
- 4) туберкулезом

55. ОЧЕРТАНИЯ ПЛОСКОЙ БОРОДАВКИ

- 1)+ чёткие, округлые
- 2) нечёткие, округлые
- 3) чёткие, неправильной формы
- 4) нечёткие, неправильной формы

56. В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ДИЗЕНТЕРИИ ЯЗЫК

- 1)+ бледный, сухой, с гиперплазированными нитевидными сосочками
- 2) гиперемированный, отечный, с атрофированными грибовидными сосочками
- 3) гиперемированный, отёчный, покрытый налетом
- 4) без специфических изменений

57. «ПЫЛАЮЩИЙ ЗЕВ» ПРИ СКАРЛАТИНЕ – ЭТО ЯРКАЯ ГИПЕРЕМИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЗЕВА С МЕЛКОТОЧЕЧНОЙ СЫПЬЮ

- 1)+ в центре мягкого нёба
- 2) в задней трети твёрдого нёба
- 3) в передней трети твёрдого нёба
- 4) на нёбных дужках

58. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ АНГИНЫ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- 1)+ 2-10
- 2) 5-7
- 3) 1-3
- 4) 14-21

59. СПОСОБОМ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ воздушно-капельный
- 2) контактно-бытовой
- 3) пищевой
- 4) через воду

60. ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ ПРИ СКАРЛАТИНЕ СЧИТАЮТ

- 1)+ «малиновый язык»
- 2) пятна Бельского-Филатова-Коплика
- 3) афты на слизистой оболочке полости рта
- 4) синюшно-красные пятна (кокарды) на коже

61. ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЯЗВЫ ВЫЯВЛЯЕТСЯ/ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ гигантские клетки Лангханса
- 2) бледная трепонема
- 3) акантолитические клетки Тцанка
- 4) гигантские многоядерные клетки

62. К СТАДИЯМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ инкубационную, первичных проявлений, вторичных проявлений, терминальную
- 2) острую, хроническую
- 3) продромальную, эритему, везикулы, эрозию, корочка, заживление
- 4) инкубационную, острую, хроническую, цирроз печени

63. ПРИ КОРИ ЭНАНТЕМА ТВЁРДОГО И МЯГКОГО НЁБА ВОЗНИКАЕТ _____ СЫПИ НА КОЖЕ

- 1)+ за 1-2 дня до появления
- 2) за 5-7 дней до появления
- 3) одновременно с появлением
- 4) через 3-4 дня после появления

64. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ НА КОЖЕ

- 1)+ пузырьковых высыпаний
- 2) пятен Бельского-Филатова-Коплика
- 3) кокард
- 4) афт

65. ВСЛЕДСТВИЕ АТРОФИИ ГРИБОВИДНЫХ СОСОЧКОВ ПРИ СКАРЛАТИНЕ ВОЗНИКАЕТ ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ

- 1)+ «полированный язык»
- 2) «черный волосатый язык»
- 3) «скошенный луг»
- 4) десквамативный глоссит

66. В ПОЛОСТИ РТА ПЛОСКАЯ БОРОДАВКА ИМЕЕТ ВИД УПЛОЩЁННОЙ ПАПУЛЫ, ВОЗВЫШАЮЩЕЙСЯ НАД УРОВНЕМ _____ СЛИЗИСТОЙ

- 1)+ здоровой
- 2) гиперемированной
- 3) изъязвленной
- 4) атрофированной

67. ПЯТНА БЕЛЬСКОГО-ФИЛАТОВА-КОПЛИКА ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ НА

- 1)+ слизистой оболочке щёк напротив малых коренных зубов
- 2) слизистой оболочке щёк напротив больших коренных зубов
- 3) слизистой оболочке губ
- 4) коже лица

68. ГЛАДКИЙ, «ПОЛИРОВАННЫЙ» ЯЗЫК ПРИ СКАРЛАТИНЕ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1)+ атрофии грибовидных сосочков
- 2) атрофии нитевидных сосочков
- 3) атрофии всех сосочков
- 4) гиперемии слизистой

69. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пузырьёк
- 2) папула
- 3) пятно
- 4) эрозия

70. РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ОБУСЛОВЛЕНО ПЕРВИЧНЫМ КОНТАКТОМ С ВИРУСОМ

- 1)+ герпеса
- 2) гриппа
- 3) гепатита
- 4) кори

71. СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА ВЫЗВАН

- 1)+ ретровирусом
- 2) фильтрующим вирусом
- 3) вирусом простого герпеса
- 4) стрептококком

72. НАИБОЛЬШАЯ ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ У ДЕТЕЙ ЯСЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА СВЯЗАНА С

- 1)+ утратой пассивного иммунитета
- 2) аллергизацией организма
- 3) нарушением режима питания
- 4) наличием общесоматической патологии

73. ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМПЕРАТУРОЙ

- 1)+ до 40, ярко выраженным гингивитом, одиночными или сгруппированными элементами поражения более 25
- 2) 37,5-39, увеличением поднижнечелюстных лимфатических узлов, одиночными или сгруппированными элементами поражения в полости рта не более 25
- 3) 37-37,5, явлениями катарального гингивита, одиночными или сгруппированными элементами поражения не более 6
- 4) 36,6-37, увеличенными лимфатическими узлами, одиночной язвой с неровным дном и краями, покрытой фибринозным налетом

74. ЛЕГКАЯ ФОРМА ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМПЕРАТУРОЙ

- 1)+ 37-37,5, явлениями катарального гингивита, одиночными или сгруппированными элементами поражения не более 6
- 2) 37,5-39, увеличением поднижнечелюстных лимфатических узлов, одиночными или сгруппированными элементами поражения в полости рта не более 25
- 3) до 40, ярко выраженным гингивитом, одиночными или сгруппированными элементами поражения более 25
- 4) 36,6-37, увеличенными лимфатическими узлами, одиночной язвой с неровным дном и краями, покрытой фибринозным налетом

75. ГРУППЫ ТЕСНО РАСПОЛОЖЕННЫХ ПУЗЫРЬКОВ ВЕЛИЧИНОЙ 0,3-0,5 СМ С ПРОЗРАЧНЫМ СОДЕРЖИМЫМ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА В ОБЛАСТИ ИННЕРВАЦИИ II И III ВЕТВЯМИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ опоясывающего герпеса
- 2) аденовируса
- 3) гриппа
- 4) герпангины

76. ПРИ КРАСНУХЕ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ЗЕВА И ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ГЛОТКИ

- 1)+ отёчная, гиперемизованная
- 2) отёчная, бледная
- 3) атрофированная, гиперемизованная
- 4) атрофированная, бледная

77. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ВЫЗЫВАЕМЫМ ЭНТЕРОВИРУСОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ герпангина
- 2) грипп
- 3) парогрипп
- 4) аденовирус

78. ПРИ КОРИ ЭНАНТЕМА ТВЁРДОГО И МЯГКОГО НЁБА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ ПЯТЕН ТЕМНО-ПУРПУРНО-КРАСНОГО ЦВЕТА РАЗМЕРОМ _____ МЕЖДУ СОБОЙ

- 1)+ от одного о нескольких миллиметров, неправильной формы, сливающихся
- 2) от одного до нескольких миллиметров, неправильной формы, не сливающихся
- 3) от одного до нескольких миллиметров, правильной формы, сливающихся
- 4) более сантиметра, неправильной формы, сливающихся

79. К СПЕЦИФИЧЕСКОМУ СИМПТОМУ ПРИ КРАСНУХЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ увеличение затылочных и околоушных лимфоузлов
- 2) пятна Бельского-Филатова-Коплика
- 3) афты на слизистой оболочке полости рта
- 4) «малиновый язык»

80. ПО ЭТИОЛОГИИ ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- 1)+ вирусным
- 2) бактериальным
- 3) грибковым
- 4) генетическим

81. К ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ КОРИ СИМПТОМАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ энантему мягкого и твёрдого нёба и пятна Бельского-Филатова-Коплика
- 2) эрозии и язвы слизистой оболочки полости рта
- 3) «малиновый язык» и «пылающий зев»
- 4) плоские и остроконечные бородавки на слизистой оболочке полости рта

82. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ ПРЕДАЕТСЯ

- 1)+ с биологическими жидкостями
- 2) воздушно-капельно
- 3) алиментарно
- 4) трансмиссивно

83. ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ ДЕТИ _____ ВОЗРАСТА

- 1)+ ясельного
- 2) дошкольного
- 3) старшего школьного
- 4) младшего школьного

84. СРЕДНЕТЯЖЕЛАЯ ФОРМА ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМПЕРАТУРОЙ

- 1)+ 37,5-39, увеличением поднижнечелюстных лимфатических узлов, одиночными или сгруппированными элементами поражения в полости рта не более 25
- 2) 37-37,5, явлениями катарального гингивита, одиночными или сгруппированными элементами поражения не более 6
- 3) до 40, ярко выраженным гингивитом, одиночными или сгруппированными элементами поражения более 25
- 4) 36,6-37, увеличенными лимфатическими узлами, одиночной язвой с неровным дном и краями, покрытой фибринозным налетом

85. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ У ДЕТЕЙ ВАРЬИРУЕТСЯ ОТ ____ ДО ____ ДНЕЙ

- 1)+ 13; 17
- 2) 7; 21
- 3) 1; 3
- 4) 5; 7

86. У ДЕТЕЙ ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ ПОРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ волдырь
- 2) корка
- 3) чешуйка
- 4) рубец

87. АФТЫ БЕДНАРА ПОЯВЛЯЮТСЯ В СЛЕДСТВИИ _____ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ

- 1)+ травматического
- 2) химического
- 3) инфекционного
- 4) термического

88. ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ чешуйка
- 2) волдырь
- 3) киста
- 4) пузырек

89. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вирус Varicella Zoster
- 2) бактерия Varicella Zoster
- 3) вирус Эпштейна-Барра
- 4) цитомегаловирус

90. К ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ ПОРАЖЕНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ пузырьки
- 2) афты
- 3) язву
- 4) рубец

91. КОКАРДЫ ЯВЛЯЮТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПРИ

- 1)+ МЭЭ
- 2) гриппе
- 3) ОГС
- 4) краснухе

92. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ палочка Леффлера
- 2) вирус простого герпеса
- 3) бета-гемолитический стрептококк
- 4) вирус Эпштейн-Барра

93. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПУЗЫРЬКОВЫЕ ВЫСЫПАНИЯ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА

- 1)+ спинке языка
- 2) дне полости рта
- 3) слизистой оболочке щёк
- 4) слизистой оболочке губ

94. К ФОРМАМ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ легкую, среднетяжелую, тяжелую
- 2) экссудативную, пролиферативную, атрофическую
- 3) эрозивно-язвенную, катаральную
- 4) с высыпаниями, без высыпаний

95. «МАЛИНОВЫЙ ЯЗЫК» ПРИ СКАРЛАТИНЕ ОБУСЛОВЛЕН

- 1)+ обнажением гладкой поверхности языка с выраженными грибовидными сосочками
- 2) наличием язвы травматического происхождения
- 3) наличием глубоких борозд с неизменным эпителием
- 4) неравномерной десквамацией эпителия

96. ДИФТЕРИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ поражением зева и миндалин с образованием плотно-спаенного серо-белого налета
- 2) гиперемией слизистой оболочки миндалин и мягкого нёба, мелкоточечная энантема, треугольник Филатова
- 3) хрящеподобной эрозией округлой формы, с приподнятыми, ровными краями, безболезненной при пальпации
- 4) бело-творожистым налет на щеках, губах, языке, который свободно снимается, обнажая гиперемизированную слизистую

97. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭРОЗИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ НЕДЕЛЬ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ преждевременное прорезывание зубов
- 2) короткая уздечка верхней губы
- 3) короткая уздечка языка
- 4) врожденная расщелина губы

98. ДИФТЕРИЮ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1)+ скарлатиной
- 2) ОГС
- 3) корью
- 4) сифилисом

99. ПО ЭТИОЛОГИИ КАНДИДОЗ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- 1)+ грибковым
- 2) бактериальным
- 3) вирусным
- 4) генетическим

100. ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС В ПОЛОСТИ РТА МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ В ВИДЕ

- 1)+ эрозий с фестончатыми краями
- 2) афт и эрозий
- 3) папулы округлой или овальной формы
- 4) гнойных корок на губах

101. ТРАВМАТИЧЕСКУЮ ЭРОЗИЮ СЛИЗИСТОЙ НИЖНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ КОНЧИКА ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ 1-2 МЕС. ЖИЗНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЮТ

- 1)+ преждевременно прорезавшиеся зубы
- 2) средства гигиены полости рта новорожденных
- 3) соски, резиновые рожки на бутылочках
- 4) кольца для прорезывания зубов

102. ВОЗРАСТ ДЕТЕЙ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО БОЛЕЮЩИХ ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

- 1)+ ясельный
- 2) дошкольный
- 3) младший школьный
- 4) старший школьный

103. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЧЕШУЙКИ ПРИ ЭКСФОЛИАТИВНОМ ХЕЙЛИТЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ истонченный эпителий
- 2) эрозия
- 3) налет
- 4) язва

104. ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ СТРЕПТОСТАФИЛОКОККОВОЙ ПИОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ корка
- 2) афта
- 3) трещина
- 4) чешуйка

105. ПО ЭТИОЛОГИИ СТРЕПТОСТАФИЛОККОКОВАЯ ПИОДЕРМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- 1)+ бактериальным
- 2) вирусным
- 3) грибковым
- 4) генетическим

106. ПОЯВЛЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ, РЕЦИДИВИРУЮЩИХ АФТ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЮТ

- 1)+ имеющиеся хронические заболевания ЛОР-органов, желудочно-кишечного тракта
- 2) рецидивирующие герпетические поражения губ и кожи лица у членов семьи
- 3) пломбы из разных металлов (галодент, серебряная и медная амальгамы), ортодонтические коронки
- 4) имеющиеся вредные привычки прикусывать слизистую оболочку рта и щек

107. ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ СТРЕПТОСТАФИЛОКОККОВОЙ ПИОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гнойничок
- 2) волдырь
- 3) пузырек
- 4) эрозия

108. ПОЯВЛЕНИЕ В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПЯТЕН ФИЛАТОВА - БЕЛЬСКОГО-КОПЛИКА НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЩЕК ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ кори
- 2) скарлатины
- 3) ветряной оспы
- 4) дифтерии

109. РЕБЕНОК, БОЛЬНОЙ ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАСПРОСТРАНИТЕЛЕМ ВИРУСА

- 1)+ через 5 дней после последних высыпаний
- 2) после полной эпителизации всех высыпаний
- 3) в период остаточного гингивита
- 4) после угасания лимфаденита

110. «МАЛИНОВЫЙ ЯЗЫК» ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ

- 1)+ скарлатины
- 2) дифтерии
- 3) кори
- 4) ветряной оспы

111. КОЛИЧЕСТВО ЭЛЕМЕНТОВ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА НЕ ПРЕВЫШАЕТ

- 1)+ 25
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 5

112. ДЛЯ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ РЕБЕНКА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кандидоз
- 2) хронический гингивит
- 3) хейлит
- 4) медикаментозный стоматит

113. СТОМАТИТ СЕТТОНА В ПЕРИОД РЕМИССИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1)+ рубец
- 2) волдырь
- 3) пузырек
- 4) эрозия

114. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ЧАСТОТА РЕЦИДИВА АФТ СОСТАВЛЯЕТ ОДИН РАЗ В

- 1)+ месяц
- 2) несколько лет
- 3) квартал
- 4) год

115. АФТЫ БЕДНАРА ВОЗНИКАЮТ ПРИ

- 1)+ хронической травме слизистой
- 2) хроническом рецидивирующем афтозном стоматите
- 3) острым герпетическом стоматити
- 4) вторичном сифилисе

116. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение температуры тела до 39-40°C
- 2) гингивит
- 3) лимфаденит подчелюстных узлов
- 4) наличие высыпаний в полости рта

117. ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ острым герпетическим стоматитом
- 2) пузырчаткой
- 3) первичным сифилисом
- 4) красным плоским лишаем

118. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПОЛОСТИ РТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТ ____ ДО ____ ЭЛЕМЕНТОВ ПОРАЖЕНИЯ

- 1)+ 25; 100
- 2) 10; 25
- 3) 25; 30
- 4) 10; 20

119. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пузырек
- 2) язва
- 3) корка
- 4) рубец

120. КРОВОИЗЛИЯНИЯ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ РТА ВОЗМОЖНЫ ПРИ

- 1)+ тромбоцитопениях разного происхождения
- 2) диатезах
- 3) нарушениях функции почек
- 4) гипопластической (апластической) анемии

121. АКАНТОЛИТИЧЕСКИЕ КЛЕТКИ ТЦАНКА ОБНАРУЖИВАЮТ ПРИ

- 1)+ вульгарной пузырчатке
- 2) герпетическом стоматите
- 3) многоформной экссудативной эритеме
- 4) красной волчанке

122. АФТЫ БЕДНАРА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ У

- 1)+ детей первых месяцев жизни
- 2) детей 2-3 лет
- 3) старших школьников
- 4) подростков

123. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ВЫСЫПАНИЙ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ два-три дня
- 2) не более 29 часов
- 3) один-два дня
- 4) менее одних суток

124. ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1)+ утрате пассивного иммунитета
- 2) наличии сопутствующих заболеваний
- 3) аллергии организма
- 4) заболеваниях эндокринной системы

125. АФТЫ БЕДНАРА ВСТРЕЧАЮТСЯ У

- 1)+ младенцев
- 2) дошкольников
- 3) школьников
- 4) подростков

126. АФТЫ БЕДНАРА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО У ДЕТЕЙ

- 1)+ первых месяцев жизни
- 2) ясельного возраста
- 3) дошкольного возраста
- 4) школьного возраста

127. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, С КОТОРЫМ ПРОВОДЯТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- 2) истинная пузырчатка
- 3) стрептостафилококковая пиодермия
- 4) синдром Лайела

128. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭРОЗИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ НИЖНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ КОНЧИКА ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ 1-2 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ преждевременно прорезавшиеся зубы
- 2) соски, резиновые рожки на бутылках
- 3) средства гигиены полости рта новорожденных
- 4) игрушки с острыми краями

129. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРОВОДЯТ С

- 1)+ многоформной эксудативной эритемой
- 2) стрептостафилококковой пиодермией
- 3) острой травмой слизистой оболочки
- 4) истинной пузырчаткой

130. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ АНГИНЫ ПРОВОДЯТ С

- 1)+ острым герпетическим стоматитом
- 2) хроническим афтозным стоматитом
- 3) истинной пузырчаткой
- 4) многоформной экссудативной эритемой

131. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ АНГИНЕ СЧИТАЮТ

- 1)+ боль в горле при глотании
- 2) творожистый налет на слизистой
- 3) разлитую эритему на нёбе
- 4) множественные эрозии на слизистой

132. ХАРАКТЕРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ ГЕРПЕСЕ ЗОСТЕР ЯВЛЯЕТСЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ

- 1)+ по ходу сосудисто-нервных пучков
- 2) на коже
- 3) диффузно, на слизистой оболочке полости рта
- 4) на коже грудной клетки

133. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ДЛИТСЯ ОТ ____ ДО ____ ДНЕЙ

- 1)+ 2; 17
- 2) 5; 10
- 3) 10; 14
- 4) 20; 30

134. ВТОРИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОКИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ язва
- 2) пятно
- 3) узелок
- 4) гнойничок

135. ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ ЧАЩЕ ВСЕГО БОЛЕЮТ ДЕТИ _____ ВОЗРАСТА

- 1)+ ясельного
- 2) дошкольного
- 3) младшего школьного
- 4) старшего школьного

136. ДЛЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА К ХАРАКТЕРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1)+ ХРАС (хронический рецидивирующий афтозный стоматит)
- 2) ОГС (острый герпетический стоматит)
- 3) кожный рог
- 4) кандидоз

137. ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1)+ медикаментозным стоматитом
- 2) синдромом Лайела
- 3) хронической травмой слизистой оболочки
- 4) истинной пузырчаткой

138. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГЕРПАНГИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вирус ЕСНО и Коксаки
- 2) вирус обычного герпеса
- 3) Candida
- 4) гемолитический стрептококк А

139. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ контактно-бытовой
- 2) алиментарный
- 3) фекально-оральный
- 4) трансмиссивный

140. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПУТЕЙ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ воздушно-капельный
- 2) алиментарный
- 3) фекально-оральный
- 4) трансмиссивный

141. ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ К ХАРАКТЕРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1)+ афты Беднара
- 2) ХРАС (хронический рецидивирующий афтозный стоматит)
- 3) МЭЭ (многоформная экссудативная эритема)
- 4) хейлиты

142. ХРОНИЗАЦИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ состояние иммунной системы ребенка
- 2) возраст ребенка
- 3) пол ребенка
- 4) заболевание в определенное время года

143. ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ АФТОЗНЫЙ СТОМАТИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ единичными эрозиями округлой или овальной формы
- 2) множественными пузырьковыми высыпаниями, в том числе на красной кайме губ
- 3) эрозиями разных размеров, с фестончатыми краями, на гиперемизованном фоне
- 4) образованием пузыря в разных участках слизистой оболочки рта

144. ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА В ПРЕДЕЛАХ ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ОБРАЗУЕТСЯ

- 1)+ эрозия
- 2) пятно
- 3) язва
- 4) пузырь

145. ОСТРОЕ НАЧАЛО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1)+ многоформная экссудативная эритема
- 2) рецидивирующий афтозный стоматит
- 3) красный плоский лишай
- 4) неакантолитическая пузырчатка

146. ТРАВМАТИЧЕСКУЮ ЭРОЗИЮ СЛИЗИСТОЙ НИЖНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ КОНЧИКА ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ 1–2 МЕС. ЖИЗНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЮТ

- 1)+ преждевременно прорезавшиеся зубы
- 2) средства гигиены полости рта новорожденных
- 3) соски, резиновые рожки на бутылочках
- 4) кольца для прорезывания зубов

147. КОЛИЧЕСТВО ЭЛЕМЕНТОВ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА НЕ ПРЕВЫШАЕТ

- 1)+ 6
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 20

148. ДЛЯ ДЕТЕЙ ЯСЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА К ХАРАКТЕРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1)+ ОГС (острый герпетический стоматит)
- 2) афты Беднара
- 3) ХРАС (хронический рецидивирующий афтозный стоматит)
- 4) МЭЭ (многоформная экссудативная эритема)

149. ДЕКУБИТАЛЬНАЯ ЯЗВА ВЫЗВАНА ФАКТОРОМ

- 1)+ механическим
- 2) химическим
- 3) трофическим
- 4) физическим

150. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ

- 1)+ афта
- 2) эрозия
- 3) язва
- 4) корка

151. ПРИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭКСФОЛИАТИВНОГО ХЕЙЛИТА ПРОВОДЯТ

- 1)+ доплеровскую флоуметрию
- 2) гистологическое исследование
- 3) биохимический анализ крови
- 4) бактериологические исследования

152. ПРИЕМ РАЗДРАЖАЮЩЕЙ ПИЩИ ПРИ ДЕСКВАМАТИВНОМ ГЛОССИТЕ БОЛЬ В ЯЗЫКЕ

- 1)+ усиливает
- 2) снижает
- 3) устраняет
- 4) не меняет

153. ГЕОГРАФИЧЕСКИЙ ЯЗЫК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТАКИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ КАК

- 1)+ неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
- 2) нитевидные сосочки темного цвета резко увеличены в размере
- 3) обильный белый налет на спинке языка
- 4) плотный темно-коричневый налет на спинке языка

154. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

- 1)+ десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах
- 2) десна увеличена в размере, деформирована
- 3) застойная гиперемия, кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
- 4) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм

155. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА

- 1)+ застойная гиперемия, кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
- 2) десна увеличена в размере, деформирована
- 3) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм
- 4) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах

156. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИТИЕ СИНДРОМА СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА СВЯЗАНО С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ

- 1)+ амоксицилинового ряда
- 2) кортикостероидов
- 3) аминогликозидов
- 4) антиконвульсантов

157. БАКТЕРИАЛЬНАЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ К СТРЕПТОКОККАМ И СТАФИЛОКОККАМ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ЧАЩЕ ПРИ

- 1)+ многоформной экссудативной эритеме
- 2) острым герпетическом стоматите
- 3) хроническом рецидивирующем герпетическом стоматите
- 4) острым язвенно-некротическом стоматите

158. СИНДРОМ _____ ЯВЛЯЕТСЯ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ

- 1)+ Стивенса-Джонсона
- 2) Папийона-Лефевра
- 3) Стентона-Капдепона
- 4) Пьера-Робена

159. АТИПИЧНАЯ ФОРМА МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ НАЗЫВАЕТСЯ СИНДРОМОМ

- 1)+ Стивенса-Джонсона
- 2) Бехчета
- 3) Шегрена
- 4) Папийон-Лефевра

160. ПРИ ОСЛОЖНЕНИИ АНГУЛЯРНОГО ХЕЙЛИТА СТРЕПТОСТАФИЛОДЕРМИЕЙ НАБЛЮДАЮТ ОБРАЗОВАНИЕ

- 1)+ темно-желтых корок
- 2) влажного белого налета
- 3) эрозии с прозрачным отделяемым
- 4) кровяных массивных корок

161. «СКЛАДЧАТЫЙ» ЯЗЫК ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1)+ сифилитическим интерстициальным глосситом
- 2) кандидозом
- 3) химическим ожогом
- 4) обложенным языком

162. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ДЕСНА ЗАКРЫВАЕТ _____ ЗУБА

- 1)+ 2/3
- 2) 1/3
- 3) 3/4
- 4) 1/2

163. ПРИ КАНДИДОЗЕ НА ЯЗЫКЕ ВЫЯВЛЯЮТ

- 1)+ белый творожистый налет
- 2) фиброзный налет
- 3) папулы округлой формы
- 4) «пятна» Филатова-Коплика

164. ФИБРОЗНУЮ ФОРМУ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ

- 1)+ фиброматоза десен
- 2) пародонтита
- 3) пародонтоза
- 4) катарального гингивита

165. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ палочка Леффлера
- 2) гемолитический стрептококк
- 3) вирус Коксаки
- 4) актиномицеты

166. К ФАКТОРУ, СПОСОБСТВУЮЩЕМУ РАЗВИТИЮ ЛОКАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА, ОТНОСЯТ

- 1)+ скученность зубов
- 2) ЛОР-заболевания
- 3) заболевания крови
- 4) экссудативный диатез

167. ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1)+ миелолейкозе
- 2) дерматозе
- 3) гистиоцитозе
- 4) парадонтозе

168. ДИФТЕРИЙНЫЕ ПЛЕНКИ СОДЕРЖАТ

- 1)+ фибрин и клетки возбудителя заболевания
- 2) нити псевдомицелия
- 3) почкующиеся клетки гриба
- 4) обрывки эпителия и остатки пищи

169. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА (ХРАС) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфекционно-аллергический
- 2) инфекционный
- 3) вирусный
- 4) паразитарный

170. ФИБРОЗНУЮ ГИПЕРПЛАЗИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ С

- 1)+ эпителиальной злокачественной опухоли
- 2) травматической язвой
- 3) папилломой
- 4) эпулидом

171. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ СКЛАДЧАТОМ ЯЗЫКЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ КАК

- 1)+ глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- 2) неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
- 3) нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере
- 4) налет на спинке языка

172. К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ ЛЕЙКОПЛАКИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ эрозивно-язвенная форма
- 2) Таппейнера
- 3) плоская форма
- 4) мягкая форма

173. «ВОЛОСАТЫЙ ЯЗЫК» ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ удлиненными нитевидными сосочками белого, коричневого или черного цвета
- 2) поверхностью языка гладкой, красной, лишенной сосочков
- 3) неравномерной десквамацией эпителия
- 4) глубокими бороздами, выстланными нормальным эпителием

174. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПИОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфекционный
- 2) грибковый
- 3) инфекционно-аллергический
- 4) вирусный

175. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПАРОДОНТА ВСТРЕЧАЕТСЯ КАТАРАЛЬНАЯ, ЯЗВЕННАЯ И ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ ФОРМЫ ПОРАЖЕНИЯ?

- 1)+ гингивит
- 2) пародонтоз
- 3) пардонтолиз
- 4) пародонтит

176. ЭПИТЕЛИЙ, ПОКРЫВАЮЩИЙ СВОБОДНУЮ (МАРГИНАЛЬНУЮ) ЧАСТЬ ДЕСНЫ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ многослойный плоский ороговевающий
- 2) многослойный плоский неороговевающий
- 3) однослойный цилиндрический
- 4) однослойный плоский

177. К ФОРМАМ ГИНГИВИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ катаральный, язвенный, гипертрофический
- 2) фиброзный, катаральный, гипертрофический
- 3) катаральный, язвенный, гангренозный
- 4) фиброзный, гипертрофический, гранулирующий

178. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА (ХРАС) ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ единичные эрозии округлой или овальной формы, покрытые фибринозным налетом
- 2) множественные пузырьковые высыпания, в том числе на красной кайме губ
- 3) пузыри на разных участках слизистой оболочки рта
- 4) разлитая эритема, уртикарная сыпь

179. ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В МАЗКАХ СОДЕРЖИМОГО ПУЗЫРЬКОВ И СОСКОБОВ С ПОВЕРХНОСТИ АФТ В ПЕРВЫЕ 2-4 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

- 1)+ гигантские многоядерные клетки
- 2) большое количество мицелия гриба
- 3) почкующиеся клетки
- 4) фузобактерии

180. ТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЭРОЗИЯ СЛИЗИСТОЙ НИЖНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ КОНЧИКА ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ 1-2 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗВАНА

- 1)+ преждевременным прорезыванием зубов
- 2) средствами гигиены полости рта у детей
- 3) сосками
- 4) игрушками

181. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

- 1)+ десна бледная, ретракция десны 1-3 мм
- 2) десна увеличена в размере, деформирована
- 3) застойная гиперемия, кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
- 4) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах

182. ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ДЕСНА ЗАКРЫВАЕТ _____ ЗУБА

- 1)+ 1/3
- 2) 2/3
- 3) 3/4
- 4) 1/2

183. БАКТЕРИАЛЬНАЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ К СТРЕПТОКОККАМ И СТАФИЛОКОККАМ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ЧАЩЕ ПРИ _____ СТОМАТИТЕ

- 1)+ хроническом рецидивирующем афтозном
- 2) острым герпетическом
- 3) хроническом рецидивирующем герпетическом
- 4) острым язвенно-некротическом

184. ОСТРЫЙ КАТАРАЛЬНЫЙ ГИНГИВИТ ВОЗНИКАЕТ У ДЕТЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- 1)+ инфекционных
- 2) генетических
- 3) эндокринных
- 4) паразитарных

185. ПРИ ГИНГИВИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ отсутствие изменений
- 2) равномерная атрофия альвеол
- 3) снижение высоты межальвеолярных перегородок
- 4) склеротические изменения костной ткани

186. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ГИНГИВИТЕ В ТКАНЯХ ДЕСНЫ ПРЕОБЛАДАЕТ ПРОЦЕСС

- 1)+ пролиферации
- 2) десквамации
- 3) рецессии
- 4) лизиса

187. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЛЕГКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ катаральный гингивит, единичные афты, покрытые налетом фибрина
- 2) пустулы, толстые соломенно-желтые корки
- 3) эрозии неправильных очертаний
- 4) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

188. БЛЕДНЫЙ НОСОГУБНЫЙ ТРЕУГОЛЬНИК НА ФОНЕ РУМЯНЦА ЩЁК И ВИШНЁВОЙ ОКРАСКИ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1)+ скарлатина
- 2) ветряная оспа
- 3) корь
- 4) краснуха

189. ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВОЗНИКАЕТ ПРИ _____ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- 1)+ эндокринных
- 2) инфекционных
- 3) паразитарных
- 4) желудочно-кишечных

190. ПРИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ДЕСНА ЗАКРЫВАЕТ _____ ЗУБА

- 1)+ 1/2
- 2) 1/3
- 3) 2/3
- 4) 3/4

191. К РАЗВИТИЮ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ

- 1)+ цитостатиков
- 2) антибиотиков
- 3) антикоагулянтов
- 4) витаминов

192. ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ _____ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

- 1)+ антиконвульсантов
- 2) антибиотиков
- 3) антикоагулянтов
- 4) витаминов

193. «ВОЛОСАТЫЙ» ЯЗЫК ВОЗНИКАЕТ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ СОСОЧКОВ

- 1)+ нитевидных
- 2) желобовидных
- 3) листовидных
- 4) грибовидных

194. ОДНИМ ИЗ ВЕДУЩИХ СИМПТОМОВ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровоточивость десны
- 2) подвижность зубов
- 3) рецессия десны
- 4) гипертрофия десны

195. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ (МЭЭ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфекционно-аллергический
- 2) инфекционный
- 3) вирусный
- 4) наследственный

196. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ГЕОГРАФИЧЕСКОМ ЯЗЫКЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ КАК

- 1)+ неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
- 2) нитевидные сосочки спинки языка белого цвета, резко увеличены в размере
- 3) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- 4) на спинке языка эрозия округлой формы, покрытая фибринозным налетом

197. ПРИ КАНДИДОЗЕ В СОСКОБАХ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

- 1)+ почкующиеся клетки грибов Candida
- 2) гигантские эпителиальные клетки
- 3) многоядерные клетки
- 4) скопления кокков

198. ВОСПАЛЕНИЕ ДЕСНЫ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ БЕЗ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБОДЕСНЕВОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ гингивита
- 2) пародонтита
- 3) пародонтоза
- 4) пародонтолиза

199. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ КОРИ ВО РТУ СЧИТАЮТ

- 1)+ пятна Филатова-Коплика
- 2) мелкоточечные петехии на мягком нёбе
- 3) «малиновый» язык
- 4) пятна Форкгеймера

200. ХРОНИЧЕСКАЯ МЕХАНИЧЕСКАЯ ТРАВМА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ТАКИХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ КАК

- 1)+ мягкая лейкоплакия, афта Беднара, декубитальная язва
- 2) афта Беднара, щелевидная язва языка, доброкачественная пузырчатка
- 3) веррукозная лейкоплакия, шанкр-амигдалид, пузырчатка новорождённых
- 4) афтоз Сеттена, хроническая трещина губы, мягкая лейкоплакия

201. ПРИ ДЕСКВАМАТИВНОМ ГЛОССИТЕ НЕОБХОДИМА ЧАСТОТА ОСМОТРА У СТОМАТОЛОГА РЕБЁНКА

- 1)+ 3-4 раза в год
- 2) 1 раз в 2 года
- 3) 1 раз в год
- 4) 1 раз в месяц

202. ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР У СТОМАТОЛОГА РЕБЁНКА ПРИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЕ НЕОБХОДИМ ОДИН РАЗ В

- 1)+ 3-4 месяца
- 2) 2 года
- 3) месяц
- 4) год

203. ЧАСТОТА ОСМОТРА ДЕТСКИМ СТОМАТОЛОГОМ РЕБЁНКА С АТОПИЧЕСКИМ ХЕЙЛИТОМ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В

- 1)+ полгода
- 2) 2 года
- 3) 3-4 месяца
- 4) месяц

204. ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В КАТАРАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНЫ

- 1)+ противовирусные препараты
- 2) кератопластические средства
- 3) антисептические вещества
- 4) обезболивающие средства

205. АТИПИЧНАЯ ФОРМА МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ НАЗЫВАЕТСЯ СИНДРОМОМ

- 1)+ Стивенса - Джонсона
- 2) Бехчета
- 3) Шегрена
- 4) Папийона - Лефевра

206. К ПОРАЖЕНИЯМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СВЯЗАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ОТНОСЯТ

- 1)+ «волосатую» лейкоплакию
- 2) медикаментозный аллергический стоматит
- 3) сухой синдром
- 4) синдром Папийона - Лефевра

207. ПРИ КАНДИДОЗЕ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЮТ ____% РАСТВОР ГИДРОКАРБОНАТА НАТРИЯ

- 1)+ 1-2
- 2) 5-10
- 3) 10-15
- 4) 20-30

208. ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КАНДИДОЗЕ НЕОБХОДИМО

- 1)+ удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1–2 % раствором гидрокарбоната натрия и затем клотримазолом
- 2) обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника
- 3) обезболить, провести антисептическую обработку, смазать синтомициновой мазью
- 4) обезболить, нанести протеолитические ферменты, смазать мазью ацикловир

209. ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА РЕКОМЕНДУЮТ _____ РАСТВОР (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ соды пищевой; 1-2
- 2) соды пищевой; 30-35
- 3) пероксида водорода; 3
- 4) хлоргексидина; 0,05

210. НЕЙТРАЛИЗУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ ПРИ ЩЕЛОЧНЫХ ОЖОГАХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ РАСТВОР

- 1)+ лимонной кислоты 0,5%
- 2) хлорида натрия 3-5%
- 3) Люголя
- 4) серной кислоты 2%

211. ЛЕЧЕНИЕ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ (МЭЭ) ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ устранение сенсibilизирующих факторов, санацию хронических очагов инфекции
- 2) прием противовирусных препаратов, местную антисептическую обработку
- 3) прием антибиотиков, аппликации кератопластиками
- 4) прием противогрибковых препаратов, местнообезболивающие препараты

212. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ клотримазол
- 2) рибавирин
- 3) сульфатазол
- 4) амоксициллин

213. ПРИ АТОПИЧЕСКОМ (ЭКЗЕМАТОЗНОМ) ХЕЙЛИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

- 1)+ десенсибилизирующую терапию
- 2) антибактериальную терапию
- 3) антигрибковую терапию
- 4) противовирусную терапию

214. УСПЕХ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭРОЗИЙ И ДЕКУБИТАЛЬНЫХ ЯЗВ ОПРЕДЕЛЯЕТ

- 1)+ устранение травмирующего слизистую оболочку фактора
- 2) правильный выбор обезболивающих средств
- 3) применение определенных дезинфицирующих средств
- 4) применение определенных кератопластических средств

215. СПОСОБСТВУЕТ ГИПОСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И БЫСТРО УЛУЧШАЕТ САМОЧУВСТВИЕ БОЛЬНОГО МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМОЙ

- 1)+ внутривенное введение тиосульфата натрия
- 2) курс антибиотиков широкого спектра действия
- 3) противовирусные препараты во внутрь и местно
- 4) растворы натрия салицилата в возрастной дозировке

216. УСПЕШНЫЙ ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭРОЗИЙ И ДЕКУБИТАЛЬНЫХ ЯЗВ ОСНОВАН НА

- 1)+ устранении травмирующего слизистую оболочку фактора
- 2) выборе обезболивающих средств
- 3) применении определенных дезинфицирующих средств
- 4) применении определенных кератопластических средств

217. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ (ХРАС) ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ гель солкосерил
- 2) флореналевую мазь
- 3) мазь клотримазол
- 4) мазь ацикловир

218. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ацикловир
- 2) алвитил
- 3) амоксиклав
- 4) трихопол

219. КЕРАТОПЛАСТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ В ПЕРИОД

- 1)+ угасания
- 2) латентный
- 3) продромальный
- 4) катаральный

220. В ПИЩЕВОМ РАЦИОНЕ ПРИ КАНДИДОЗЕ ОГРАНИЧИВАЮТ

- 1)+ углеводы
- 2) белки
- 3) жиры
- 4) минеральные соли

221. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ шиповника масло
- 2) флореналевую мазь
- 3) клотримазол, мазь
- 4) ацикловир, мазь

222. ОГРАНИЧЕНИЯ В ПИЩЕВОМ РАЦИОНЕ ПРИ КАНДИДОЗЕ

- 1)+ углеводов
- 2) белков
- 3) жиров
- 4) солей

223. К ОСНОВНОМУ СИМПТОМУ КАНДИДОЗА НА СЛИЗИСТОЙ РТА ПРИ ВИЧ ОТНОСЯТ

- 1)+ белый творожистый налёт на языке, щеке, десне
- 2) петехиальную сыпь
- 3) пузырьковые высыпания
- 4) воспаление

224. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ местнообезболивающие препараты, противовирусные, антигистаминные, кератопластики
- 2) обильное промывание полости рта 1-2% раствором бикарбоната натрия, антисептики, кератопластики
- 3) аппликационные обезболивающие препараты, протеолитические ферменты, антисептики, кератопластики
- 4) удаление гнойных корок, местнообезболивающие препараты, антисептики, кератопластики

225. СХЕМА ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ: КОНСУЛЬТАЦИИ У ПЕДИАТРА, АЛЛЕРГОЛОГА, ДЕСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ, СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ГИПОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ, - ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ хронического рецидивирующего афтозного стоматита
- 2) острого герпетического стоматита
- 3) хронического язвенно-некротического стоматита
- 4) кандидоза

226. ГЛАВНЫМ В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВ

- 1)+ противовирусных
- 2) стимулирующих местный иммунитет
- 3) кератопластических
- 4) обезболивающих

227. РЕБЕНКУ С ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ НАЗНАЧАТЬ ПРОТИВОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ В ПЕРИОД

- 1)+ продромальный
- 2) высыпаний
- 3) появления гингивита
- 4) появления лимфаденита

228. ВЕДУЩИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПЕРИОД УТАСЕНИЯ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ кератопластические средства
- 2) противовирусные средства
- 3) антисептики
- 4) протеолитические средства

229. С ЦЕЛЬЮ УДЛИНЕНИЯ ПЕРИОДА РЕМИССИИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕРПЕСЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ стимуляция выработки эндогенного интерферона
- 2) блокада Н-холинорецепторов
- 3) седативное воздействие на ЦНС
- 4) прием антигистаминных препаратов

230. ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ОБРАБОТКА ПОЛОСТИ РТА НЕОБХОДИМА

- 1)+ после каждого приема пищи
- 2) каждый час
- 3) перед едой
- 4) только перед сном

231. ПРИ ОЖОГЕ ЩЕЛОЧАМИ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЮТ РАСТВОР (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ лимонной кислоты 0,5
- 2) натрия бикарбоната 1-2
- 3) уксусной кислоты 0,5
- 4) пероксида водорода 3

232. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА (ОГС) В ПЕРВЫЕ 3 ДНЯ НАЗНАЧАЮТ ПРЕПАРАТЫ

- 1)+ противовирусные
- 2) кератопластические
- 3) антисептические
- 4) антибиотики

233. НИСТАТИН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЛОЧНИЦЫ НАЗНАЧАЮТ ИЗ РАСЧЕТА В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА

- 1)+ 50 000 ЕД
- 2) 100 000 ЕД
- 3) 150 000 ЕД
- 4) 200 000 ЕД

234. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИОДЕРМИИ ПРИМЕНЯЮТ МАЗЬ

- 1)+ неомициновую 2 %
- 2) оксолиновую 0,25 %
- 3) клотримазол
- 4) бутадионовую

235. ПРИ ГЕРПАНГИНЕ В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ противовирусные препараты
- 2) антисептики
- 3) антибиотики
- 4) кератопластики

236. ПРИ ОЖОГЕ КИСЛОТАМИ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЮТ РАСТВОР (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ натрия бикарбоната 1-2
- 2) лимонной кислоты 0,5
- 3) уксусной кислоты 0,5
- 4) натрия хлорида 3

237. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ специфическую десенсибилизацию, кортикостероиды и цитостатики, антибиотики
- 2) кортикостероиды, неспецифическую десенсибилизацию, седативную терапию, витамины, диету
- 3) диету, витамины, седативную терапию
- 4) седативную терапию, витамины, антибиотики

238. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО СТОМАТИТА ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ масло шиповника
- 2) флореналевую мазь
- 3) мазь клотримазол
- 4) мазь ацикловир

239. ЭПИТЕЛИЗАЦИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ГЕРПАНГИНЕ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ (В ДНЯХ)

- 1)+ 10-12
- 2) 1-2
- 3) 3-4
- 4) 5-6

240. ПРИ ОЖОГЕ РАСТВОРОМ НИТРАТА СЕРЕБРА СЛИЗИСТУЮ ПОЛОСТИ РТА ОРОШАЮТ РАСТВОРОМ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ натрия хлорида 3
- 2) пероксида водорода 3
- 3) натрия гипохлорида 3
- 4) калия перманганата 2

241. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ КОНКРЕМЕНТА В ОБЛАСТИ УСТЬЯ ВЫВОДНОГО ПРОТОКА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удаление камня из устья протока
- 2) удаление поднижнечелюстной слюнной железы
- 3) литотрипсия
- 4) бужирование протока

242. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цистаденэктомия
- 2) цистотомия
- 3) склерозирование
- 4) физиотерапия

243. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО СИАЛОАДЕНИТА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический
- 2) физиотерапевтический
- 3) антибактериальный
- 4) криотерапия

244. ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОТИТА

- 1)+ новорожденных
- 2) острого эпидемического
- 3) хронического рецидивирующего паренхиматозного в стадии обострения
- 4) хронического рецидивирующего паренхиматозного в стадии ремиссии

245. ТАКТИКОЙ ПО ОТНОШЕНИЮ К РЕБЕНКУ С КАЛЬКУЛЕЗНЫМ СИАЛОАДЕНИТОМ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КАМНЯ В ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удаление железы
- 2) физиотерапевтическое лечение
- 3) удаление камня с сохранением железы
- 4) назначение слюногонной диеты

246. ВО ИЗБЕЖАНИЕ РЕЦИДИВА КАНДИДОЗА ЛЕЧЕНИЕ ДОЛЖНО ПРОДОЛЖАТЬСЯ

- 1)+ 7-12 дней после ликвидации налета
- 2) 7 дней
- 3) до полной ликвидации налета
- 4) 5 дней

247. СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМАТОЗА ДЕСЕН ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ иссечении пораженных участков
- 2) диатермокоагуляции очагов поражения
- 3) изготовлении эластичной капы, завышающей прикус
- 4) закрытом кюретаже

248. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПЕРВЫЕ ДНИ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ ацикловир
- 2) масло шиповника
- 3) метронидозол
- 4) флюкостат

249. ЛЕЧЕНИЕ СТОМАТИТА ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ комплексной терапии (противовирусные, кератопластические препараты, НПВС)
- 2) антисептической обработке полости рта, местном обезболивании
- 3) применении противовирусных препаратов в течение всей болезни
- 4) назначении нестероидных противовоспалительных средств

250. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ удалении кисты с железой
- 2) удалении кисты с частью железы
- 3) вскрытии оболочки кисты
- 4) эвакуации содержимого

251. КАТЕГОРИЧЕСКИ ЗАПРЕЩАЕТСЯ ДЛЯ МЕСТНОГО АППЛИКАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ АНЕСТЕТИК, ФОРМА КОТОРОГО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ аэрозоль
- 2) гель
- 3) раствор
- 4) мазь

252. ОБРАБОТКУ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- 1)+ после каждого приема пищи
- 2) каждый час
- 3) перед едой
- 4) только перед сном

253. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургическое вмешательство
- 2) гормонотерапия
- 3) физиотерапия
- 4) аутогемотерапия

254. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ противовирусные средства
- 2) эпителизирующие средства
- 3) антисептические средства
- 4) антибактериальные мази

255. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ _____ ТЕРАПИИ

- 1)+ противовирусной
- 2) антибактериальной
- 3) противогрибковой
- 4) иммуномодулирующей

256. ПРИ УДАЛЕНИИ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ИССЕКАЕТСЯ

- 1)+ часть слизистой оболочки и киста с железой
- 2) часть оболочки кисты
- 3) киста
- 4) отступя 1 см от видимой границы здоровых тканей

257. В СХЕМУ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕПТОСТАФИЛОКОККОВОЙ ПИОДЕРМИИ ВКЛЮЧАЮТ ПРЕПАРАТЫ

- 1)+ иммуномодулирующие
- 2) противовирусные
- 3) противогрибковые
- 4) противопаразитарные

258. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ В ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ курс лечения противовирусными препаратами в сочетании с повышением уровня системы иммунитета
- 2) применение противовоспалительных, обезболивающих и кератопластических средств
- 3) выявление и ликвидация инфекционно-аллергического очага в организме
- 4) применение противовирусных средств

259. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОГС В УСЛОВИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ выделения специализированного кабинета для лечения детей с заболеваниями слизистой оболочки полости рта
- 2) ведении приема больных ОГС в лечебном кабинете общего профиля
- 3) установлении определенных часов приема для впервые обратившихся и повторно вызванных детей
- 4) диспансеризации детей с рецидивирующей герпетической инфекцией в полости рта

260. ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ калькулезном сиалоадените
- 2) хроническом паренхиматозном паротите в стадии ремиссии
- 3) эпидемическом паротите
- 4) хроническом паренхиматозном паротите в стадии обострения

261. В СХЕМУ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕПТОСТАФИЛОКОККОВОЙ ПИОДЕРМИИ ВКЛЮЧАЮТ ПРЕПАРАТЫ

- 1)+ антибактериальные
- 2) противовирусные
- 3) противогрибковые
- 4) противопротозойные

262. ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ СТРЕПТОСТАФИЛОКОККОВОЙ ПИОДЕРМИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ОБРАБОТКЕ ПОРАЖЕННЫХ УЧАСТКОВ _____ МАЗЯМИ

- 1)+ антибактериальными
- 2) противовирусными
- 3) противогрибковыми
- 4) гормональными

263. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ кератопластики
- 2) антибиотики
- 3) антисептики
- 4) витамины

264. ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ

- 1)+ иммунодепрессантов
- 2) антибиотиков
- 3) антикоагулянтов
- 4) витаминов

265. ПОСЛЕ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ ХИМИЧЕСКОГО АГЕНТА ПОРАЖЕННЫЕ УЧАСТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ОБРАБАТЫВАЮТ _____ ПРЕПАРАТОМ

- 1)+ анестезирующим
- 2) антибактериальным
- 3) противовирусным
- 4) противогрибковым

266. ЛЕЧЕНИЕ РЕТЕНЦИОННОЙ КИСТЫ МАЛОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ МЕТОДОМ

- 1)+ хирургическим
- 2) склерозирования
- 3) лучевой терапии
- 4) комбинированным

267. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ КИСТЫ С

- 1)+ железой
- 2) частью железы
- 3) железой и окружающими тканями
- 4) частью слизистой оболочки и кожи

268. КРАТНОСТЬ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРОТИВОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА СОСТАВЛЯЕТ _____ РАЗ/РАЗА В ДЕНЬ

- 1)+ 5-7
- 2) 1-2
- 3) 2-3
- 4) 20-30

269. ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗА ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ 1-2% раствор пищевой соды
- 2) 10-20% раствор пищевой соды
- 3) инстилляцией интерферона
- 4) противомикробные мази

270. ТЕРАПИЯ ПРИ ОГС В ПЕРИОДЕ ВЫСЫПАНИЙ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ предупредить рецидив высыпаний новых элементов поражения
- 2) способствовать быстрейшей эпителизации элементов поражения
- 3) способствовать снижению температурной реакции организма
- 4) способствовать дезинтоксикации организма

271. ЛЕЧЕНИЕ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ И ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРОВОДЯТ СОВМЕСТНО С

- 1)+ педиатром
- 2) аллергологом
- 3) иммунологом
- 4) неврологом

272. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ профессиональная гигиена
- 2) лечение кариеса
- 3) назначение кератопластиков
- 4) назначение витаминов

273. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИМЕНЯЮТ АЦИКЛОВИР В ДОЗИРОВКЕ (МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА)

- 1)+ 20
- 2) 200
- 3) 250
- 4) 500

274. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ПРИМЕНЯЮТ МАЗИ

- 1)+ клотримазол, нистатиновую
- 2) теброфеновую, оксолиновую
- 3) неомициновую, тетрациклиновую
- 4) фторокорт, флуцинар

275. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПЕРИОД УГАСАНИЯ БОЛЕЗНИ ПРОТИВОВИРУСНЫЕ СРЕДСТВА ЗАМЕНЯЮТ НА

- 1)+ кератопластики
- 2) антибиотики
- 3) антисептики
- 4) цитостатики

276. ОБРАБОТКУ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КАНДИДОЗЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- 1)+ сразу после каждого приема пищи
- 2) каждый час
- 3) перед едой
- 4) только перед сном

277. НИСТАТИН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА У ДЕТЕЙ НАЗНАЧАЮТ ИЗ РАСЧЕТА В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА

- 1)+ 50 000 ЕД
- 2) 100 000 ЕД
- 3) 150 000 ЕД
- 4) 200 000 ЕД

Тема 4. Кариес временных и постоянных зубов у детей.

1. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ В ЗУБНОЙ БИОПЛЕНКЕ

- 1)+ Streptococcus mutans
- 2) Neisseria subflava
- 3) Porphyromonas gingivalis
- 4) Candida albicans

2. ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ

- 1)+ КПУ+кп
- 2) КПУ
- 3) СРТИН
- 4) РМА

3. К КАРИЕСПРОТЕКТИВНЫМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ высокий уровень здоровья матери во время беременности
- 2) соматические заболевания, в период формирования зуба
- 3) неполноценное питание, в период формирования зуба
- 4) недостаточное содержание фтора в питьевой воде

4. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ИЗМЕНЕННОГО ДЕНТИНА ИСПОЛЬЗУЮТ ____БОР

- 1)+ шаровидный твердосплавный
- 2) шаровидный с алмазным напылением
- 3) фиссурный
- 4) пламевидный

5. ПОЛЯРИЗАЦИОННАЯ МИКРОСКОПИЯ ВЫДЕЛЯЕТ ПРИ КАРИЕСЕ В СТАДИИ ПЯТНА ОЧАГ В ФОРМЕ

- 1)+ треугольника
- 2) овала
- 3) круга
- 4) трапеции

6. К КАРИЕСПРОТЕКТИВНЫМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ высокий уровень здоровья ребенка в первые годы жизни
- 2) соматические заболевания в период формирования зуба
- 3) неполноценное питание в период формирования зуба
- 4) недостаточное содержание фтора в питьевой воде

7. К ОБЩИМ КАРИЕСОГЕННЫМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ недостаточное содержание фтора в питьевой воде
- 2) кариесогенные микроорганизмы
- 3) нарушение состава и свойств ротовой жидкости
- 4) углеводистые липкие пищевые остатки в полости рта

8. НАИБОЛЬШЕЙ КАРИЕСОГЕННОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ СТРЕПТОКОККИ ГРУППЫ

- 1)+ S. Mutans
- 2) S. Faecalis
- 3) S. Aureus
- 4) S. Pneumococcus

9. К ОБЩИМ КАРИЕСОГЕННЫМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ неполноценное питание, в период формирования зуба
- 2) кариесогенные микроорганизмы
- 3) нарушение состава и свойств ротовой жидкости
- 4) углеводистые липкие пищевые остатки в полости рта

10. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА ЭМАЛИ В СТАДИИ «МЕЛОВОГО ПЯТНА» ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР

- 1)+ 2% метиленового синего
- 2) Шиллера–Писарева
- 3) эритрозина
- 4) 5% спиртовой йода

11. НАИБОЛЕЕ РЕЗИСТЕНТНЫ К КАРИЕСУ УЧАСТКИ ЭМАЛИ В ОБЛАСТИ

- 1)+ бугров и режущего края
- 2) фиссур
- 3) пришеечной области зубов
- 4) ямок зубов

12. ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ

- 1)+ КПУ + кп
- 2) ПМА
- 3) ГИ
- 4) СРТИН

13. К МЕСТНЫМ КАРИЕСОГЕННЫМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ нарушение состава и свойств ротовой жидкости
- 2) соматические заболевания в период формирования зуба
- 3) неполноценное питание в период формирования зуба
- 4) недостаточное содержание фтора в питьевой воде

14. К ЛЕГКОФЕРМЕНТИРУЕМЫМ УГЛЕВОДАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ВОЗНИКНОВЕНИЮ КАРИЕСА, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ сахароза
- 2) гликоген
- 3) крахмал
- 4) целлюлоза

15. К I КЛАССУ ПОРАЖЕНИЙ ЗУБОВ СОГЛАСНО ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПО БЛЭКУ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ кариозные полости в области естественных фиссур моляров и премоляров
- 2) кариозные полости на контактных поверхностях моляров и премоляров
- 3) полости на контактных поверхностях резцов и клыков без нарушения целостности режущего края
- 4) полости в пришеечной области всех групп зубов

16. ДЕНТИН ПРИ АКТИВНОМ ТЕЧЕНИИ КАРИЕСА

- 1)+ светлый, влажный, легко удаляется экскаватором
- 2) светлый, влажный, удаляется экскаватором с трудом
- 3) пигментированный, легко удаляется экскаватором
- 4) пигментированный, удаляется экскаватором с трудом

17. К ОБЩИМ КАРИЕСОГЕННЫМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ экстремальные воздействия на организм
- 2) кариесогенные микроорганизмы
- 3) нарушение состава и свойств ротовой жидкости
- 4) углеводистые липкие пищевые остатки в полости рта

18. ОКРАШИВАНИЕ ЭМАЛИ РАСТВОРОМ МЕТИЛЕНОВОГО СИНЕГО У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ начальном кариесе
- 2) флюорозе зубов
- 3) гипоплазии эмали
- 4) клиновидном дефекте

19. К МЕСТНЫМ КАРИЕСОГЕННЫМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ скученное положение зубов
- 2) соматические заболевания в период формирования зуба
- 3) неполноценное питание в период формирования зуба
- 4) недостаточное содержание фтора в питьевой воде

20. К СИСТЕМНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ низкое содержание фторидов в воде
- 2) употребление легкоферментируемых углеводов
- 3) наличие ортодонтических конструкций
- 4) низкая скорость секреции слюны

21. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ РАСТВОР

- 1)+ метиленового синего 2%
- 2) Шиллера – Писарева
- 3) эритрозина
- 4) йода спиртовой 5%

22. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ДЛЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ

- 1)+ КПУ
- 2) кп
- 3) СРТИН
- 4) ГИ

23. ЗУБНОЙ НАЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

- 1)+ кариеса
- 2) клиновидного дефекта
- 3) флюороза
- 4) гипоплазии эмали

24. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ КАРИЕСОГЕННЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ ОБЛАДАЕТ МИКРООРГАНИЗМ

- 1)+ *Streptococcus mutans*
- 2) *Prevotella intermedia*
- 3) *Porphyromonas gingivalis*
- 4) *Treponema denticola*

25. КО II КЛАССУ ПОРАЖЕНИЙ ЗУБОВ СОГЛАСНО ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПО БЛЭКУ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ кариозные полости на контактных поверхностях моляров и премоляров
- 2) кариозные полости в области естественных фиссур моляров и премоляров
- 3) полости на контактных поверхностях резцов и клыков без нарушения целостности режущего края
- 4) полости в пришеечной области всех групп зубов

26. ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ низкое содержание фторидов в воде
- 2) травма фолликула постоянного зуба
- 3) заболевание, перенесенное в первый год жизни
- 4) употребление твердой пищи

27. С ПОМОЩЬЮ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ЭМАЛИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- 1)+ начальный кариес
- 2) флюороз
- 3) системную гипоплазию
- 4) флюороз и гипоплазию

28. ДЕНТИН ПРИ МЕДЛЕННОМ ТЕЧЕНИИ КАРИЕСА

- 1)+ пигментированный, удаляется экскаватором с трудом
- 2) светлый, влажный, легко удаляется экскаватором
- 3) светлый, влажный, удаляется экскаватором с трудом
- 4) пигментированный, легко удаляется экскаватором

29. К МЕСТНЫМ КАРИЕСОГЕННЫМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ низкую резистентность твердых тканей зубов
- 2) соматические заболевания в период формирования зуба
- 3) неполноценное питание в период формирования зуба
- 4) недостаточное содержание фтора в питьевой воде

30. СУЩЕСТВЕННУЮ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ КАРИЕСА ИГРАЕТ

- 1)+ *Lactobacillus*
- 2) *Prevotella intermedia*
- 3) *Porphyromonas gingivalis*
- 4) *Treponema denticola*

31. ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОГО КАРИЕСА

- 1)+ зондирование безболезненно
- 2) боль при зондировании в глубине полости зуба
- 3) боль при препарировании стенок кариозной полости
- 4) зондирование болезненно по всему дну кариозной полости

32. К ОБЩИМ КАРИЕСОГЕННЫМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ соматические заболевания в период формирования зуба
- 2) кариесогенные микроорганизмы
- 3) нарушение состава и свойств ротовой жидкости
- 4) углеводистые липкие пищевые остатки в полости рта

33. ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ В ПЕРИОД ВРЕМЕННОГО ПРИКУСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ

- 1)+ КП
- 2) СРТИН
- 3) КПУ
- 4) РМА

34. ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КАРИЕСА В СТАДИИ БЕЛОГО ПЯТНА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пришеечная область
- 2) экватор коронки
- 3) бугры моляров
- 4) режущий край

35. К МЕСТНЫМ КАРИЕСОГЕННЫМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ углеводистые липкие пищевые остатки в полости рта
- 2) соматические заболевания в период формирования зуба
- 3) неполноценное питание в период формирования зуба
- 4) недостаточное содержание фтора в питьевой воде

36. УПОТРЕБЛЕНИЕ ДЕТЬМИ СЛАДКИХ ГАЗИРОВАННЫХ НАПИТКОВ СПОСОБСТВУЕТ ВОЗНИКНОВЕНИЮ

- 1)+ кариеса
- 2) флюороза
- 3) гингивита
- 4) пародонтита

37. ВЫСОКОУГЛЕВОДНАЯ ДИЕТА ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

- 1)+ кариеса
- 2) клиновидного дефекта
- 3) флюороза
- 4) гипоплазии эмали

38. В ПЕРИОД ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ПОВЫШАЕТСЯ РИСК РАЗВИТИЯ

- 1)+ кариеса
- 2) клиновидного дефекта
- 3) флюороза
- 4) гипоплазии эмали

39. СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ ПОВЕРХНОСТНЫЙ КАРИЕС ЯВЛЯЕТСЯ КАРИЕСОМ

- 1)+ эмали
- 2) дентина
- 3) приостановившимся
- 4) неуточненным

40. ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неудовлетворительная гигиена полости рта
- 2) травма фолликула постоянного зуба
- 3) заболевание, перенесенное в первый год жизни
- 4) повышенное содержание фторидов в воде

41. ОЧАГОВАЯ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ПРИ

- 1)+ белом кариозном пятне
- 2) эрозии эмали
- 3) пятнистой форме гипоплазии
- 4) пигментированном кариозном пятне

42. К МЕСТНЫМ КАРИЕСОГЕННЫМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ кариесогенные микроорганизмы
- 2) соматические заболевания в период формирования зуба
- 3) неполноценное питание в период формирования зуба
- 4) недостаточное содержание фторида в питьевой воде

43. НИЗКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДОВ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ

- 1)+ кариеса
- 2) флюороза
- 3) эрозии
- 4) гипоплазии эмали

44. ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ НАЧИНАЕТСЯ ПРИ СНИЖЕНИИ PH НИЖЕ

- 1)+ 5,5
- 2) 7,0
- 3) 10,2
- 4) 14,0

45. ПОВЕРХНОСТЬ ЭМАЛИ ПРИ КАРИЕСЕ В СТАДИИ БЕЛОГО ПЯТНА

- 1)+ матовая и шероховатая
- 2) гладкая и блестящая
- 3) матовая и гладкая
- 4) блестящая и шероховатая

46. СРЕДИ БАКТЕРИЙ ЗУБНОГО НАЛЕТА ОСНОВНЫМ КАРИЕСОГЕННЫМ ВИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ *Streptococcus mutans*
- 2) *Staphylococcus aureus*
- 3) *Atinomyces viscosus*
- 4) *Prevotella intermedia*

47. ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ СОСТАВЛЯЕТ (В МКА)

- 1)+ 2-6
- 2) 10-12
- 3) 90-100
- 4) 25-30

48. ДЛЯ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КАРИЕСА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ метиленового синего раствор
- 2) эритрозина раствор
- 3) фуксин
- 4) йодистый калий

49. К МЕСТНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ наличие зубного налета
- 2) бруксизм
- 3) нарушения окклюзии
- 4) короткие уздечки губ

50. КАРИЕС В СТАДИИ ПЯТНА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ОТ

- 1)+ пятнистой формы флюороза
- 2) эрозивной формы флюороза
- 3) среднего кариеса
- 4) несовершенного амелогенеза

51. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИОСТАНОВИВШЕГОСЯ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ появление блеска участков деминерализованной эмали
- 2) расширение участка деминерализации эмали
- 3) переход процесса в стадию дефекта
- 4) размягчение и углубление зоны поражения

52. ЛОКАЛИЗОВАННОЕ РАЗРУШЕНИЕ ЭМАЛИ ПРИ РЕГИСТРАЦИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПО СИСТЕМЕ ICDAS СООТВЕТСТВУЕТ КОДУ

- 1)+ 3
- 2) 0
- 3) 1
- 4) 4

53. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ОЧЕНЬ НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА У 12-ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ СООТВЕТСТВУЕТ ЗНАЧЕНИЮ КПУ

- 1)+ 0-1
- 2) 1,1-2,6
- 3) 2,7-4,4
- 4) 4,5-6,6

54. ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА КОД 5 ПО ICDAS СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ

- 1)+ кариозная полость с видимым размягченным дентином
- 2) здоровая эмаль зуба
- 3) первые видимые изменения в эмали
- 4) локализованное разрушение эмали

55. ЧЕТКИЕ ВИДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЭМАЛИ ПРИ РЕГИСТРАЦИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПО СИСТЕМЕ ICDAS СООТВЕТСТВУЮТ КОДУ

- 1)+ 2
- 2) 0
- 3) 3
- 4) 5

56. ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА КОД 4 ПО ICDAS СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ

- 1)+ под эмалью просвечивает потемнение дентина
- 2) здоровая эмаль зуба
- 3) первые видимые изменения в эмали
- 4) локализованное разрушение эмали

57. К III КЛАССУ ПОРАЖЕНИЙ ЗУБОВ СОГЛАСНО ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПО БЛЭКУ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ полости на контактных поверхностях резцов и клыков без нарушения целостности режущего края
- 2) кариозные полости в области естественных фиссур моляров и премоляров
- 3) кариозные полости на контактных поверхностях моляров и премоляров
- 4) полости в пришеечной области всех групп зубов

58. ДЛЯ КАРИЕСА ДЕНТИНА ЗУБОВ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кратковременная боль при приеме холодных или сладких продуктов
- 2) приступообразная боль в ночное время
- 3) постоянная ноющая боль
- 4) боль при прикосновении к зубу, чувство «выросшего» зуба

59. СОСТОЯНИЕ ЗУБОВ ПО СИСТЕМЕ ICDAS РЕГИСТРИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ _____ КОДА

- 1)+ двухзначного
- 2) однозначного
- 3) трехзначного
- 4) четырехзначного

60. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ДЕНТИНА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ С

- 1)+ хроническим периодонтитом
- 2) несовершенным амелогенезом
- 3) острой травмой зуба
- 4) системной гипоплазией эмали

61. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ КАРИЕСЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ НА _____ ПОВЕРХНОСТЯХ

- 1)+ контактных
- 2) вестибулярных
- 3) жевательных
- 4) небных

62. ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА КОД 2 ПО ICDAS СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ

- 1)+ четкие видимые изменения в эмали
- 2) здоровая эмаль зуба
- 3) локализованное разрушение эмали
- 4) кариозная полость с видимым размягченным дентином

63. КАРИОЗНЫЕ ПОЛОСТИ НА КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ С НАРУШЕНИЕМ ЦЕЛОСТИ РЕЖУЩЕГО КРАЯ СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ПО БЛЭКУ ОТНОСЯТСЯ К _____ КЛАССУ

- 1)+ IV
- 2) I
- 3) II
- 4) III

64. ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ (КАРИЕС ЭМАЛИ) ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бессимптомное течение
- 2) приступообразная боль в ночное время
- 3) постоянная ноющая боль
- 4) боль от температурных раздражителей

65. ПЕРВЫЕ ВИДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЭМАЛИ ПРИ РЕГИСТРАЦИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПО СИСТЕМЕ ICDAS СООТВЕТСТВУЮТ КОДУ

- 1)+ 1
- 2) 0
- 3) 6
- 4) 4

66. ПРИ КАРИЕСЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ высокую скорость распространения процесса
- 2) медленное течение кариеса зубов
- 3) единичные кариозные поражения
- 4) медленное развитие осложнений

67. К IV КЛАССУ ПОРАЖЕНИЙ ЗУБОВ СОГЛАСНО ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПО БЛЭКУ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ полости на контактных поверхностях резцов и клыков с нарушением целостности режущего края
- 2) кариозные полости на контактных поверхностях моляров и премоляров
- 3) полости на контактных поверхностях резцов и клыков без нарушения целостности режущего края
- 4) полости в пришеечной области всех групп зубов

68. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА У 12-ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ СООТВЕТСТВУЕТ ЗНАЧЕНИЮ КПУ

- 1)+ 4,5-6,6
- 2) 1,1-2,6
- 3) 2,7-4,4
- 4) 0-1

69. КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ С ВИДИМЫМ РАЗМЯГЧЕННЫМ ДЕНТИНОМ ПРИ РЕГИСТРАЦИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПО СИСТЕМЕ ICDAS СООТВЕТСТВУЕТ КОДУ

- 1)+ 5
- 2) 0
- 3) 1
- 4) 3

70. ДЛЯ РАННЕГО ДЕТСКОГО КАРИЕСА К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ быстрое возникновение осложнений
- 2) медленное течение кариеса зубов
- 3) единичные кариозные поражения
- 4) низкую скорость распространения процесса

71. ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА КОДЫ 5-6 ПО ICDAS СООТВЕТСТВУЮТ КРИТЕРИЮ

- 1)+ значительные кариозные разрушения
- 2) ранние начальные стадии кариозного процесса эмали зубов
- 3) образовавшиеся кариозные дефекты эмали зубов
- 4) непрорезавшийся зуб

72. КАРИОЗНЫЕ ПОЛОСТИ В ОБЛАСТИ ЕСТЕСТВЕННЫХ ФИССУР МОЛЯРОВ И ПРЕМОЛЯРОВ СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ПО БЛЭКУ ОТНОСЯТСЯ К _____ КЛАССУ

- 1)+ I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

73. ВТОРАЯ ЦИФРА ДВУЗНАЧНОГО КОДА ПО ICDAS ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1)+ тяжесть кариозного поражения
- 2) состояние поверхностей зуба
- 3) уровень гигиены полости рта
- 4) состояние тканей пародонта

74. КАРИОЗНЫЕ ПОЛОСТИ НА КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ МОЛЯРОВ И ПРЕМОЛЯРОВ СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ПО БЛЭКУ ОТНОСЯТСЯ К _____ КЛАССУ

- 1)+ II
- 2) I
- 3) III
- 4) IV

75. ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА КОД 1 ПО ICDAS СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ

- 1)+ первые видимые изменения в эмали
- 2) здоровая эмаль зуба
- 3) локализованное разрушение эмали
- 4) кариозная полость с видимым размягченным дентином

76. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА У 12-ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ СООТВЕТСТВУЕТ ЗНАЧЕНИЮ КПУ

- 1)+ больше 6,6
- 2) 1,1-2,6
- 3) 4,5-6,6
- 4) меньше 1

77. МЕЖДУНАРОДНАЯ СИСТЕМА ВЫЯВЛЕНИЯ И ОЦЕНКИ КАРИЕСА НОСИТ НАЗВАНИЕ

- 1)+ ICDAS
- 2) PMA
- 3) CPITN
- 4) OHI-S

78. ПЕРВАЯ ЦИФРА ДВУЗНАЧНОГО КОДА ПО ICDAS ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1)+ состояние поверхностей зуба
- 2) уровень гигиены полости рта
- 3) тяжесть кариозного поражения
- 4) состояние тканей пародонта

79. ОСЛОЖНЕНИЕМ ЦИРКУЛЯРНОГО КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отлом коронок зубов
- 2) развитие одонтоклазии
- 3) развитие гиперплазии
- 4) перелом корня зуба

80. СИСТЕМА ICDAS ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1)+ тяжесть и активность кариозных поражений
- 2) уровень гигиены полости рта
- 3) состояние тканей пародонта
- 4) состояние слизистой оболочки полости рта

81. К VI КЛАССУ ПОРАЖЕНИЙ ЗУБОВ СОГЛАСНО ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПО БЛЭКУ ОТНОСЯТ

- 1)+ изолированное поражение режущих краев, бугров
- 2) кариозные полости на контактных поверхностях моляров и премоляров
- 3) полости на контактных поверхностях резцов и клыков без нарушения целостности режущего края
- 4) полости в пришеечной области всех групп зубов

82. КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ПУЛЬПЫ ЗУБА ПРИ РЕГИСТРАЦИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПО СИСТЕМЕ ICDAS СООТВЕТСТВУЕТ КОДУ

- 1)+ 6
- 2) 2
- 3) 0
- 4) 4

83. ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА КОДЫ 3-4 ПО ICDAS СООТВЕТСТВУЮТ КРИТЕРИЮ

- 1)+ образовавшиеся кариозные дефекты эмали зубов
- 2) ранние начальные стадии кариозного процесса эмали зубов
- 3) значительные кариозные разрушения
- 4) непрорезавшийся зуб

84. ПОТЕМНЕНИЕ ДЕНТИНА, КОТОРОЕ ПРОСВЕЧИВАЕТ ПОД ЭМАЛЬЮ, ПРИ РЕГИСТРАЦИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПО СИСТЕМЕ ICDAS СООТВЕТСТВУЕТ КОДУ

- 1)+ 4
- 2) 0
- 3) 1
- 4) 2

85. КАРИОЗНЫЕ ПОЛОСТИ В ПРИШЕЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ВСЕХ ГРУПП ЗУБОВ СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ПО БЛЭКУ ОТНОСЯТСЯ К _____ КЛАССУ

- 1)+ V
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

86. ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА КОД 6 ПО ICDAS СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ

- 1)+ кариозная полость с вовлечением пульпы зуба
- 2) здоровая эмаль зуба
- 3) первые видимые изменения в эмали
- 4) локализованное разрушение эмали

87. ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА КОД 0 ПО ICDAS СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ

- 1)+ здоровая эмаль зуба
- 2) первые видимые изменения в эмали
- 3) локализованное разрушение эмали
- 4) кариозная полость с видимым размягченным дентином

88. ИЗОЛИРОВАННОЕ КАРИОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ РЕЖУЩИХ КРАЕВ, БУГРОВ СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ПО БЛЭКУ ОТНОСЯТ К _____ КЛАССУ

- 1)+ VI
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

89. ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА КОД 3 ПО ICDAS СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ

- 1)+ локализованное разрушение эмали
- 2) здоровая эмаль зуба
- 3) первые видимые изменения в эмали
- 4) кариозная полость с видимым размягченным дентином

90. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА У 12-ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ СООТВЕТСТВУЕТ ЗНАЧЕНИЮ КПУ

- 1)+ 2,7-4,4
- 2) 0-1
- 3) 1,1-2,6
- 4) 4,5-6,6

91. ДЛЯ ПРИОСТАНОВИВШЕГОСЯ КАРИЕСА ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пигментация и уплотнение пораженных тканей
- 2) расширение участка деминерализации эмали
- 3) переход процесса в стадию дефекта
- 4) размягчение и углубление зоны поражения

92. ЗДОРОВАЯ ЭМАЛЬ ЗУБА ПРИ РЕГИСТРАЦИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПО СИСТЕМЕ ICDAS СООТВЕТСТВУЕТ КОДУ

- 1)+ 0
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 4

93. У ДОШКОЛЬНИКОВ С ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТЬЮ КАРИОЗНОГО ПРОЦЕССА СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

- 1)+ множественное поражение зубов
- 2) медленное разрушение коронок зубов
- 3) отсутствие прироста новых кариозных поражений
- 4) медленное развитие осложнений

94. ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА КОДЫ 1-2 ПО ICDAS СООТВЕТСТВУЮТ КРИТЕРИЮ

- 1)+ ранние начальные стадии кариозного процесса эмали зубов
- 2) образовавшиеся кариозные дефекты эмали зубов
- 3) значительные кариозные разрушения
- 4) непрорезавшийся зуб

95. С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ ICDAS ВОЗМОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1)+ начальные стадии развития кариеса
- 2) уровень гигиены полости рта
- 3) состояние тканей пародонта
- 4) состояние слизистой оболочки полости рта

96. К V КЛАССУ ПОРАЖЕНИЙ ЗУБОВ СОГЛАСНО ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПО БЛЭКУ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ полости в пришеечной области всех групп зубов
- 2) кариозные полости в области естественных фиссур моляров и премоляров
- 3) кариозные полости на контактных поверхностях моляров и премоляров
- 4) полости на контактных поверхностях резцов и клыков без нарушения целостности режущего края

97. КАРИОЗНЫЕ ПОЛОСТИ НА КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ БЕЗ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТИ РЕЖУЩЕГО КРАЯ СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ПО БЛЭКУ ОТНОСЯТСЯ К _____ КЛАССУ

- 1)+ III
- 2) I
- 3) II
- 4) IV

98. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ЭМАЛИ НА СТАДИИ БЕЛОГО ПЯТНА ПРОВОДЯТ С

- 1)+ гипоплазией эмали
- 2) первичной адентией
- 3) травматическим переломом коронок
- 4) хроническим пульпитом

99. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА У 12-ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ СООТВЕТСТВУЕТ ЗНАЧЕНИЮ КПУ

- 1)+ 1,1-2,6
- 2) 0-1
- 3) 2,7-4,4
- 4) 4,5-6,6

100. В ВОЗНИКНОВЕНИИ КАРИЕСА ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1)+ микроорганизмам str. mutans
- 2) вирусам
- 3) актиномицетам
- 4) микроорганизмам str. salivarius

101. ОСНОВНАЯ РОЛЬ В РАЗВИТИИ КАРИОЗНОГО ПРОЦЕССА ПРИНАДЛЕЖИТ МИКРООРГАНИЗМАМ ГРУППЫ

- 1)+ streptococcus mutans
- 2) candida albicans
- 3) prevotella intermedia
- 4) treponema denticola

102. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ 12 ЛЕТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВОМ ЗУБОВ

- 1)+ кариозных, пломбированных и удаленных
- 2) кариозных и пломбированных
- 3) кариозных и удаленных
- 4) кариозных

103. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ раствор 2% метиленового синего
- 2) раствор Шиллера–Писарева
- 3) раствор эритрозина
- 4) 5% спиртовой настой йода

104. ЗОНДИРОВАНИЕ БОЛЕЗНЕННО ПО ЭМАЛЕВО-ДЕНТИННОЙ ГРАНИЦЕ ПРИ

- 1)+ кариесе дентина
- 2) гиперемии пульпы
- 3) гипоплазии эмали
- 4) кариесе эмали

105. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПЯТЕН МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ _____ РАСТВОР (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ метиленового синего; 1
- 2) бриллиантовый зеленый; 1
- 3) йодистого калия; 3
- 4) эритрозина; 4

106. БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ПО ЭМАЛЕВО-ДЕНТИННОЙ ГРАНИЦЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ кариеса дентина
- 2) кариеса эмали
- 3) гиперемии пульпы
- 4) хронического пульпита

107. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ПОСЛЕ ИХ ПРОРЕЗЫВАНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДЯТ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ И ПРОТЕОЛИЗ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ДЕФЕКТА ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ ФАКТОРОВ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ кариес
- 2) гипоплазия
- 3) флюороз
- 4) эрозия

108. ПЛОТНАЯ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ, ПИГМЕНТИРОВАННАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ЭМАЛИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ начального кариеса в стадии стабилизации
- 2) начального кариеса в активной стадии
- 3) флюороза слабой степени тяжести
- 4) клиновидного дефекта

109. НАЧАЛЬНЫЙ КАРИЕС ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1)+ местной гипоплазией
- 2) хроническим пульпитом
- 3) глубоким кариесом
- 4) клиновидным дефектом

110. КАРИЕС В СТАДИИ ПЯТНА СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ пятнистой формой гипоплазии эмали
- 2) ямочной формой гипоплазии эмали
- 3) кариесом дентина
- 4) гиперемией пульпы

111. МЕТОД ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

- 1)+ начального кариеса и флюороза зубов
- 2) начального кариеса и кариеса дентина
- 3) флюороза и эрозии зубов
- 4) эрозии зубов и клиновидного дефекта

112. МЕТОД, ОСНОВАННЫЙ НА ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАСТВОРА МЕТИЛЕНОВОГО СИНЕГО, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ витальное окрашивание
- 2) колорометрия
- 3) колорография
- 4) дисколорит

113. СНИЖЕНИЕ PH СЛЮНЫ СПОСОБСТВУЕТ ПОВЫШЕНИЮ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ

- 1)+ кариеса
- 2) пародонтита
- 3) флюороза зубов
- 4) стоматита

114. К МЕСТНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА ОТНОСЯТ

- 1)+ гипосаливацию
- 2) бруксизм
- 3) нарушения окклюзии
- 4) короткие уздечки губ

115. ДЛЯ КАРИЕСА ДЕНТИНА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль при препарировании стенок кариозной полости
- 2) боль при зондировании в глубине полости зуба
- 3) болезненное зондирование по всему дну кариозной полости
- 4) болезненное зондирование в одной точке дна кариозной полости

116. ДЛЯ ОЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У РЕБЕНКА 12 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

- 1)+ КПУ
- 2) кпу
- 3) кп
- 4) кп и КПУ

117. РЕНТГЕНОГРАФИЯ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ КАРИЕСЕ ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ

- 1)+ скрытых дефектов на аппроксимальных поверхностях
- 2) полостей в слепых ямках
- 3) фиссурного кариеса
- 4) кариозных поражений на гладких поверхностях зубов

118. ПРИ КАРИЕСЕ ХАРАКТЕРНА БОЛЬ

- 1)+ только в присутствии раздражителя
- 2) длительная, ноющая
- 3) пульсирующая, волнообразная
- 4) сохраняющаяся после устранения раздражителя

119. КПУ(3) ОТРАЖАЕТ

- 1)+ интенсивность кариеса постоянных зубов
- 2) интенсивность кариеса временных зубов
- 3) интенсивность кариеса поверхностей
- 4) уровень гигиены полости рта

120. ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЙ КАРИЕСОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ

- 1)+ КПУ
- 2) СРІТN
- 3) ГИ
- 4) ПМА

121. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ 12 ЛЕТ, РАВНАЯ 3, СООТВЕТСТВУЕТ УРОВНЮ ПО ГРАДАЦИИ ВОЗ

- 1)+ среднему
- 2) низкому
- 3) высокому
- 4) очень высокому

122. ПОВЫШЕНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА В ПЕРИОД ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ СВЯЗАНО С

- 1)+ незавершенной минерализацией фиссур
- 2) низким содержанием фторидов в воде
- 3) алиментарным дефицитом кальция
- 4) снижением слюноотделения

123. ПОВЫШЕНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ ЭМАЛИ ДЛЯ КРАСИТЕЛЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ кариеса
- 2) флюороза
- 3) гипоплазии
- 4) эрозии

124. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ ЛЕГКОФЕРМЕНТИРУЕМЫЕ УГЛЕВОДЫ

- 1)+ во время основного приема пищи
- 2) между основными приемами пищи
- 3) после чистки зубов
- 4) перед сном

125. ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ низкое содержание фторидов в воде
- 2) частое употребление кислых продуктов
- 3) повышенное содержание фторидов в воде
- 4) использование жесткой зубной щетки

126. ПРИЗНАКОМ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА В АКТИВНОЙ СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ЦВЕТ ЭМАЛИ В ОБЛАСТИ ПОРАЖЕНИЯ

- 1)+ белый
- 2) желтый
- 3) коричневый
- 4) черный

127. К СИСТЕМНОМУ ФАКТОРУ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ алиментарный дефицит кальция
- 2) употребление легкоферментируемых углеводов
- 3) наличие ортодонтических конструкций
- 4) неудовлетворительную гигиену полости рта

128. ОБЩИМ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РИСКА В ВОЗНИКНОВЕНИИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиперпаратиреоз
- 2) низкий уровень гигиены полости рта
- 3) низкая активность лизоцима в слюне
- 4) сложная форма фиссур

129. ДЛЯ КАРИЕСА ЭМАЛИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ безболезненное зондирование
- 2) боль при зондировании по дну кариозной полости в одной точке
- 3) боль при зондировании стенок кариозной полости
- 4) зондирование болезненное по всему дну кариозной полости

130. ЧАСТИЧНЫМ ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ПЛОТНОСТИ ПОВРЕЖДЕННОЙ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ реминерализация
- 2) деминерализация
- 3) минерализация
- 4) проницаемость

131. ДЛЯ ОЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

- 1)+ кп и КПУ
- 2) кпу и КПУ
- 3) кпу
- 4) КПУ

132. КАРИЕС ЭМАЛИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ подповерхностной деминерализацией
- 2) нарушением формирования эмали
- 3) поверхностной деминерализацией
- 4) некрозом эмали

133. ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ДЕНТИНА ПО I КЛАССУ В ПОСТОЯННОМ МОЛЯРЕ С НЕСФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ препарировании с последующим пломбированием
- 2) проведении инвазивной герметизации фиссур
- 3) применении реминерализующей терапии
- 4) проведении витальной ампутации и пломбировании

134. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЭТАПОМ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ КОМПОЗИТНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нанесение адгезивной системы
- 2) нанесение защитного лака
- 3) обработка дентин-кондиционером
- 4) наложение лечебной прокладки

135. ПРИ МЕТОДЕ ОТСРОЧЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ В КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ твердеющие кальцийсодержащие пасты
- 2) кальцийсодержащую пасту с йодоформом
- 3) стеклоиономерный цемент
- 4) композитный материал

136. ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ОШИБКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ термический ожог пульпы
- 2) отсутствие краевого прилегания пломбы
- 3) отсутствие контактного пункта
- 4) химический ожог пульпы

137. МЕТОДИКУ ОТСРОЧЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПРОВОДЯТ В

- 1)+ 2 этапа
- 2) 3 этапа
- 3) 4 этапа
- 4) 1 этап

138. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫМИ ЦЕМЕНТАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЭТАПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нанесение защитного лака
- 2) нанесение адгезивной системы
- 3) протравливание эмали
- 4) наложение лечебной прокладки

139. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ГЕЛЯ СОДЕРЖАЩЕГО КАЗЕИН-ФОСФОПЕПТИД — АМОРФНЫЙ КАЛЬЦИЙ ФОСФАТ СЧИТАЮТ

- 1)+ непереносимость молочного белка
- 2) дефицит витамина d
- 3) наличие кариеса в стадии пятна
- 4) заболевания мочевыделительной системы

140. В КАЧЕСТВЕ ВРЕМЕННОГО РЕСТАВРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ОТСРОЧЕННОМ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ стеклоиономерный цемент
- 2) композитный пломбировочный материал
- 3) компомерный пломбировочный материал
- 4) амальгаму

141. СКОРОСТЬ УДАЛЕНИЯ ЛАЗЕРОМ ТВЕРДОЙ ТКАНИ ЗУБА ЗАВИСИТ ОТ ПРОЦЕНТНОГО СОДЕРЖАНИЯ

- 1)+ воды
- 2) гидроксиапатита
- 3) кальция
- 4) фосфатов

142. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЭТАПОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ очищение зуба от налета
- 2) нанесение защитного лака
- 3) нанесение адгезивной системы
- 4) протравливание эмали

143. СТАНДАРТНЫЕ СТАЛЬНЫЕ ЗАЩИТНЫЕ КОРОНКИ — ЭТО КОРОНКИ, ИЗГОТОВЛЕННЫЕ

- 1)+ промышленным способом из тонких листов нержавеющей стали
- 2) в лаборатории из гильз нержавеющей стали путем штампования
- 3) в лаборатории из нержавеющей стали путем литья
- 4) в лаборатории из нержавеющей стали путем фрезерования

144. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аппликация реминерализующим раствором
- 2) иссечение патологически измененных тканей с последующим пломбированием
- 3) электрофорез препаратов кальция и фтора
- 4) гигиена полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст

145. ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ВО ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ, ОБРАБОТАННЫХ АТРАВМАТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ стеклоиономерные цементы
- 2) композиты
- 3) компомеры
- 4) цинкооксидэвгенольный цемент

146. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТОДА ОТСРОЧЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ ВРЕМЕННУЮ ПЛОМБУ УДАЛЯЮТ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 1-6 месяцев
- 2) 2-3 дня
- 3) 1-2 недели
- 4) 1-3 года

147. ОДНИМ ИЗ ГЛАВНЫХ ПРИНЦИПОВ ART-ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ УДАЛЕНИЕ КАРИОЗНЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

- 1)+ только ручных инструментов
- 2) алмазных боров
- 3) твёрдосплавных боров
- 4) лазера

148. ДЛЯ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЮТ ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- 1)+ композиты
- 2) силанты
- 3) цинк-эвгеноловая паста
- 4) гидроокись кальция

149. ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

- 1)+ с момента возникновения
- 2) в возрасте 3 лет
- 3) в возрасте 5 лет
- 4) после физиологической смены зубов

150. К ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СВОЙСТВАМ СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА ОТНОСЯТ

- 1)+ химическую адгезию к тканям зуба
- 2) низкую устойчивость к истиранию
- 3) короткое «рабочее» время
- 4) низкую прочность на диаметрально растяжение

151. АРТ-ИНСТРУМЕНТОМ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ВХОДА В КАРИОЗНУЮ ПОЛОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эмалевый нож
- 2) экскаватор
- 3) гладилка
- 4) дрельбор

152. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ВО ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ хлоргексидина биглюконата раствор 0,05 %
- 2) гипохлорита натрия раствор 3 %
- 3) дистиллированную воду
- 4) этиловый спирт 95%

153. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ кальций-фосфатный гель
- 2) раствор нитрата серебра 30%
- 3) раствор Шиллера – Писарева
- 4) гипохлорит натрия

154. ТЕКУЧИЕ КОМПОЗИТЫ ВВОДЯТ В ПОЛОСТЬ

- 1)+ шприцем
- 2) гладилкой
- 3) штопфером
- 4) амальгамотрегером

155. ИНИЦИАТОРОМ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ МАТЕРИАЛА СВЕТООВОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ СЧИТАЮТ

- 1)+ камфорахинон
- 2) пероксид бензоила
- 3) ароматические амины
- 4) пероксид бензоила и ароматические амины

156. СТЕНКОЙ СФОРМИРОВАННОЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ внутреннюю поверхность полости, которая располагается под углом ко дну
- 2) внутреннюю поверхность полости, которая прилежит к пульповой камере
- 3) участок соединения стенок полости с наружной поверхностью зуба
- 4) участок соединения стенок полости и дна

157. У ДЕТЕЙ С ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТЬЮ КАРИОЗНОГО ПРОЦЕССА И НЕДОСТАТОЧНОЙ МИНЕРАЛИЗАЦИЕЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЯТЬ

- 1)+ стеклоиономерные цементы
- 2) амальгаму
- 3) композитные материалы
- 4) силикатные цементы

158. ДЛЯ ФИНИШНОЙ ОБРАБОТКИ ПЛОМБ ИЗ КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ПОЛОСТЯХ II КЛАССА ПРИМЕНЯЮТСЯ

- 1)+ мелкодисперсные алмазные головки и штрипсы
- 2) твердосплавные цилиндрические боры
- 3) твердосплавные шаровидные боры
- 4) стальные шаровидные боры

159. В ОСНОВЕ МЕТОДИКИ ОТСРОЧЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ЛЕЖИТ ПРИНЦИП

- 1)+ герметизации кариозной полости с целью обеспечения минерализации незрелых тканей
- 2) окончательной герметизации кариозной полости стеклоиономерным цементом для сохранения тканей
- 3) минимального препарирования кариозно-измененных тканей для сохранения формы зуба
- 4) максимального препарирования кариозно-измененных тканей для полной дезинфекции кариозной полости

160. АРТ-ИНСТРУМЕНТОМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МЯГКОГО КАРИОЗНОГО ДЕНТИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ экскаватор
- 2) зубной топор
- 3) твердосплавный бор
- 4) дрельбор

161. ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

- 1)+ с момента возникновения
- 2) в возрасте 3 года
- 3) в возрасте 5 лет
- 4) после физиологической смены зубов

162. УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННОЙ ПЛОМБЫ И ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ МЕХАНИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ МЕТОДЕ ОТСРОЧЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 1-6 месяцев
- 2) 1-3 дня
- 3) 7-10 дней
- 4) 1-2 года

163. ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ ЗОНДИРОВАНИЕ

- 1)+ безболезненное
- 2) с болью по дну кариозной полости в одной точке
- 3) болезненное по всему дну кариозной полости
- 4) с болью стенок кариозной полости

164. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ТВЕРДЫЕ ТКАНИ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ _____
ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

- 1)+ абляция
- 2) механическое удаление
- 3) абразивное удаление
- 4) денатурация

165. ТРАВЛЕНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПРОВОДЯТ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ улучшения адгезии
- 2) обезболивания
- 3) диагностики кариеса
- 4) реминерализации

166. РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА

- 1)+ в стадии пятна
- 2) среднего
- 3) осложненного
- 4) глубокого

167. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫМИ ЦЕМЕНТАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЭТАПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обработка дентин-кондиционером
- 2) нанесение адгезивной системы
- 3) протравливание эмали
- 4) наложение лечебной прокладки

168. ВОЗДУШНАЯ АБРАЗИЯ В ДЕТСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЭТО _____ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ЭМАЛЬ И ДЕНТИН

- 1)+ пескоструйное
- 2) химическое
- 3) абляционное
- 4) ротационное

169. МАТЕРИАЛ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ НЕ ДОЛЖЕН ОБЛАДАТЬ

- 1)+ цитотоксичностью
- 2) биосовместимостью
- 3) адгезией
- 4) выделением фторида

170. СТЕКЛОИОНОМЕРНЫЙ ЦЕМЕНТ ОБРАЗУЕТ ПРОЧНЫЕ СВЯЗИ С/СО _____ ЗУБА

- 1)+ всеми твердыми тканями
- 2) только эмалью
- 3) только дентином
- 4) только цементом

171. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ РАСТВОР

- 1)+ глюконата кальция 10%
- 2) нитрата серебра 30%
- 3) Шиллера – Писарева
- 4) гипохлорита натрия 3%

172. ПРИ ЗАТРУДНЕННОЙ ИЗОЛЯЦИИ РАБОЧЕГО ПОЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ФИССУР ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ стеклоиономерными цементами
- 2) композитными герметиками
- 3) компомерными герметиками
- 4) масляным дентином

173. ЗАВЕРШАЮЩИМ ЭТАПОМ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫМИ ЦЕМЕНТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нанесение защитного лака
- 2) нанесение адгезивной системы
- 3) протравливание эмали
- 4) наложение лечебной прокладки

174. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ КОМПОЗИТНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЭТАПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нанесение адгезивной системы
- 2) нанесение защитного лака
- 3) обработка дентин-кондиционером
- 4) наложение лечебной прокладки

175. ПОЛНАЯ ПОЛИМЕРИЗАЦИЯ ПЛОМБЫ ИЗ ГИБРИДНОГО СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА ПРОИСХОДИТ В ТЕЧЕНИЕ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 24
- 2) 0,5
- 3) 3-5
- 4) 3

176. КИСЛОТНОЕ ТРАВЛЕНИЕ ЭМАЛИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

- 1)+ создания участка микроретенции
- 2) удаления бляшек с поверхности эмали
- 3) создания химической адгезии
- 4) улучшения физико-механических свойств материала

177. ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ И РЕЗЦОВ ПРОВОДЯТ

- 1)+ сошлифовывание измененной ткани и проведение реминерализующей терапии
- 2) препарирование измененной ткани, с последующей постановкой пломбы
- 3) одноразовую аппликацию раствора глюконата кальция и фторида натрия
- 4) препарирование кариозной полости с последующим серебрением

178. В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТОДА ОТСРОЧЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ ПРОВОДЯТ

- 1)+ механическую обработку кариозной полости и наносят твердеющий кальцийсодержащий препарат под временный цемент
- 2) механическую обработку кариозной полости и проводят реставрацию зуба композитным пломбировочным материалом
- 3) частичную пульпотомию и наносят твердеющий кальцийсодержащий препарат под временный цемент
- 4) витальную экстирпацию с последующим герметичным закрытием кариозной полости временным цементом

179. ВТОРОЙ ЭТАП МЕТОДИКИ ОТСРОЧЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПРОВОДЯТ ПОСЛЕ ПЕРВОГО ЧЕРЕЗ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 6
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 12

180. В КАЧЕСТВЕ ИЗОЛИРУЮЩИХ ПРОКЛАДОК ПРИМЕНЯЮТСЯ МАТЕРИАЛЫ

- 1)+ стеклоиономерные
- 2) цинксульфатные
- 3) силикофосфатные
- 4) силикатные

181. ДЕСНЕВОЙ КРАЙ СТАНДАРТНЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ КОРОНОК УКРАЧИВАЮТ

- 1)+ ножницами для металла
- 2) бором с алмазным напылением
- 3) полировочной головкой для углового наконечника
- 4) полировочным диском

182. ВЫДЕЛЕНИЕ ФТОРИДА ИЗ СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА ПРЯМО ПРОПОРЦИОНАЛЬНО

- 1)+ размеру пломбы
- 2) РН ротовой жидкости
- 3) размеру коронковой части зуба
- 4) виду стеклоиономерного цемента

183. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ СЭНДВИЧ-ТЕХНИКОЙ ИСПОЛЬЗУЮТ МАТЕРИАЛЫ

- 1)+ стеклоиономерный цемент и композит
- 2) водный дентин и силидонт
- 3) фосфат-цемент и силицин
- 4) стеклоиономерный цемент и амальгаму

184. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТНЫХ СТАЛЬНЫХ КОРОНОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обширный кариозный процесс, затрагивающий несколько поверхностей зуба
- 2) выраженное снижение высоты прикуса
- 3) высота клинической коронки меньше 2 мм
- 4) отлом вестибулярной стенки зуба с переходом на область фуркации корней моляра

185. ЦВЕТ ЗУБА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕСТАВРАЦИИ ИЗ КОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ

- 1)+ при дневном свете в первую половину дня
- 2) при искусственном освещении
- 3) после препарирования зуба
- 4) после протравливания тканей зуба

186. ЗАВЕРШАЮЩИМ ЭТАПОМ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ КОМПОЗИЦИОННЫМИ ПЛОМБИРОВОЧНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ шлифование и полирование пломбы
- 2) моделирование пломбы
- 3) изоляция от слюны
- 4) травление эмали

187. «МЕТОД HALL» ПРЕДПОЛАГАЕТ ЗАКРЫТИЕ КАРИОЗНЫХ ДЕФЕКТОВ

- 1)+ стеклоиономерными цементами и стандартными коронками без препарирования
- 2) стеклоиономерными цементами и стандартными коронками после тщательного препарирования
- 3) композитными материалами после применения спиртового адгезивного протокола
- 4) композитными материалами без предварительной адгезивной подготовки

188. ОПТИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА ПОРЦИИ СВЕТООТВЕРЖДАЕМОГО КОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

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

189. КОНЦЕПЦИЯ МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ НАПРАВЛЕНА НА

- 1)+ реминерализацию и устранение кариесогенных факторов
- 2) профилактическое расширение кариозной полости
- 3) применение не прямых методов реставрации зубов
- 4) использование «не адгезивных» пломбировочных материалов

190. КОРОНКОВАЯ ЧАСТЬ АНКЕРНОГО ШТИФТА ПОКРЫВАЕТСЯ НЕ ПРОЗРАЧНЫМ (ОПАКОВЫМ) КОМПОЗИТНЫМ МАТЕРИАЛОМ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ улучшения эстетики
- 2) улучшения ретенции
- 3) экономии композита
- 4) обеспечения прочности реставрации

191. МЕТОДИКА ПРЯМОЙ ПОСТАНОВКИ СТАНДАРТНОЙ СТАЛЬНОЙ КОРОНКИ У ДЕТЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ

- 1)+ наличии минимум двух стенок зуба
- 2) патологии прикуса
- 3) необходимости восстановления 3 и более зубов
- 4) низкой кооперации с ребенком

192. К ГЛАВНОМУ ПРИНЦИПУ ФОРМИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ В РАМКАХ КОНЦЕПЦИИ МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНОЙ СТОМАТОЛОГИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ максимальное соответствие границ отпрепарированной полости размерам кариозного поражения
- 2) профилактическое расширение кариозной полости
- 3) создание точной геометрической формы полости с плоским дном и отвесными стенками
- 4) создание ретенционных элементов в виде «ласточкиного хвоста»

193. ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПУЛЬПЫ ЗУБА ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ использование достаточного водного охлаждения вращающегося инструмента
- 2) создание точной геометрической формы полости с плоским дном и отвесными стенками
- 3) использование твердосплавных боров со смещенным центром
- 4) профилактическое расширение кариозной полости, создание ретенционных элементов

194. ПО СРАВНЕНИЮ СО СТЕКЛОИОНОМЕРНЫМИ ЦЕМЕНТАМИ КОМПОМЕРЫ ОБЛАДАЮТ

- 1)+ меньшими профилактическими свойствами
- 2) худшими эстетическими показателями
- 3) меньшей прочностью на изгиб
- 4) более низкой изнosoустойчивостью

195. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ЛАЗЕРНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие смазанного слоя
- 2) высокощелочная среда в зоне препарирования
- 3) профилактический эффект за счет выделения фторид-ионов
- 4) одонтотропное действие

196. ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ ПОРОШКА ИСКУССТВЕННОГО ДЕНТИНА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ оксид цинка и сульфат цинка
- 2) оксид бария и магния
- 3) оксид алюминия и меди
- 4) оксид кальция и фтора

197. ОДНИМ ИЗ ПРЕИМУЩЕСТВ ЛАЗЕРНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ образование стерильной полости
- 2) высокощелочная среда в зоне препарирования
- 3) профилактический эффект за счет выделения фторид-ионов
- 4) одонтотропное действие

198. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ОБЪЕМНОЙ УСАДКИ ПРИ РАБОТЕ С ФОТОКОМПОЗИТОМ ПРОВОДЯТ

- 1)+ порционное отверждение материала сквозь твердые ткани зуба
- 2) увеличение времени освечивания материала
- 3) отверждение материала слоями толщиной более 2 мм
- 4) увеличение силы освечивания материала

199. В СОСТАВ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ХИМИКО-МЕХАНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ВХОДИТ

- 1)+ гипохлорит натрия
- 2) диаминофторид серебра
- 3) глюкозаминогликан
- 4) хлоргексидин

200. МАТРИЧНЫЕ СИСТЕМЫ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ АПРОКСИМАЛЬНЫХ КАРИОЗНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

- 1)+ создания адекватного контактного пункта
- 2) повышения эстетики реставрации
- 3) профилактики вторичного кариеса
- 4) защиты соседнего зуба

201. К ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ СВОЙСТВАМ МАКРОНАПОЛНЕННЫХ КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ низкую цветостойкость
- 2) высокую токсичность
- 3) низкую рентгеноконтрастность
- 4) повышенную пластичность

202. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТНЫХ СТАЛЬНЫХ КОРОНОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие дефектов временных зубов после эндодонтического лечения
- 2) выраженное снижение высоты прикуса
- 3) высота клинической коронки меньше 2 мм
- 4) отлом вестибулярной стенки зуба с переходом на область фуркации корней моляра

203. ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ СВОЙСТВОМ СИЛИКАТНЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хрупкость, токсичность
- 2) пластичность
- 3) соответствие цвету эмали
- 4) излишняя механическая прочность

204. К ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СВОЙСТВАМ ПРОКЛАДОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ одонтотропное действие
- 2) твердость, прочность
- 3) эстетические качества
- 4) растворимость

205. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРАВИЛЬНОСТЬ ПОЛИРОВАНИЯ РЕСТАВРАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- 1)+ наличием зеркального блеска высушенной поверхности реставрации, не отличимой по степени блеска от естественной эмали зубов
- 2) наличием матовости высушенной поверхности
- 3) совпадением оттенка реставрации и тканей зуба во влажном состоянии
- 4) субъективными ощущениями пациента

206. ПОЛИРОВАНИЕ ПЛОМБЫ ИЗ СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА ПРОВОДЯТ ПОСЛЕ ЕЕ НАЛОЖЕНИЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 1 сутки
- 2) 1 час
- 3) 5 минут
- 4) 1 неделю

207. МИКРОРЕТЕНЦИЯ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ проникновением адгезива и пломбировочного материала в микропространства протравленной эмали
- 2) фиксацией пломбы за счет анкерov, пинов, постов
- 3) фиксацией пломбы за счет конвергенции стенок кариозной полости
- 4) фиксацией пломбировочного материала в ретенционных пунктах

208. СТЕКЛОИОНОМЕРНЫЕ ЦЕМЕНТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ДЕНТИНА _____ ЗУБОВ

- 1)+ всех временных и постоянных
- 2) только временных несформированных
- 3) только временных сформированных
- 4) только постоянных несформированных

209. ВНЕСЕНИЕ КОМПОЗИТА ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ

- 1)+ одним слоем
- 2) двумя слоями
- 3) тремя слоями
- 4) четырьмя слоями

210. ФТОРИДСОДЕРЖАЩИЙ ЛАК У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

- 1)+ начального кариеса
- 2) кариеса дентина
- 3) флюороза
- 4) гипоплазии эмали

211. ПРЕИМУЩЕСТВОМ НИЗКОМОДУЛЬНЫХ (ЖИДКОТЕКУЧИХ) КОМПОЗИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ способность проникать в труднодоступные участки полости
- 2) сниженное полимеризационное напряжение
- 3) повышенное содержание частиц наполнителя
- 4) незначительная полимеризационная усадка

212. НЕДОСТАТКОМ НИЗКОМОДУЛЬНЫХ (ЖИДКОТЕКУЧИХ) КОМПОЗИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высокая полимеризационная усадка
- 2) сниженное полимеризационное напряжение
- 3) повышенное содержание частиц наполнителя
- 4) избыточное выделение фторидов

213. РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ РЕБЁНКУ С РАННИМ ДЕТСКИМ КАРИЕСОМ ПРОВОДЯТ С НАНЕСЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ _____ РАЗ В

- 1)+ 6-8; день
- 2) 1; день
- 3) 1; неделю
- 4) 4-5; неделю

214. ПОЛНОЕ (ТОТАЛЬНОЕ) ТРАВЛЕНИЕ ОЗНАЧАЕТ ВОЗДЕЙСТВИЕ ФОСФОРНОЙ КИСЛОТЫ НА

- 1)+ эмаль и дентин
- 2) пульпу и цемент
- 3) дентин и цемент
- 4) цемент

215. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ МЕТОДОМ «ОТКРЫТОГО СЭНДВИЧА» ПРОКЛАДКА

- 1)+ не перекрывается композитом
- 2) перекрывается композитом
- 3) накладывается на дно и стенки
- 4) накладывается на края полости

216. К ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СВОЙСТВАМ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫХ ЦЕМЕНТОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ химическую адгезию
- 2) хорошую полируемость
- 3) эстетические свойства
- 4) механическую прочность

217. К НЕДОСТАТКУ ВОЗДУШНО-АБРАЗИВНОГО МЕТОДА ПРЕПАРИРОВАНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ загрязнения тканей частицами абразива
- 2) выраженную вибрацию и тепловыделение
- 3) выраженную болезненность при препарировании
- 4) чрезмерное удаление твердых тканей

218. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ МЕТОДОМ «ЗАКРЫТОГО СЭНДВИЧА» ПРОКЛАДКА

- 1)+ перекрывается композитом
- 2) не перекрывается композитом
- 3) не используется
- 4) накладывается на края полости

219. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ IV КЛАССА НА ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЕ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ композиты
- 2) стеклоиономерные цементы
- 3) амальгаму
- 4) силико-фосфатные цементы

220. ГИБРИДНЫЕ КОМПОЗИТНЫЕ МАТЕРИАЛЫ МОЖНО ВНОСИТЬ В КАРИОЗНУЮ ПОЛОСТЬ ТОЛЩИНОЙ НЕ БОЛЕЕ (В ММ)

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 4
- 4) 0,5

221. ТРАВЛЕНИЕ ЭМАЛИ ПРОВОДЯТ ПЕРЕД НАЛОЖЕНИЕМ ПЛОМБЫ ИЗ

- 1)+ композита
- 2) СИЦ
- 3) поликарбоксилатного цемента
- 4) серебряной амальгамы

222. К ПРЕИМУЩЕСТВАМ ВОЗДУШНО-АБРАЗИВНОГО МЕТОДА ПРЕПАРИРОВАНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ меньшее удаление здоровых тканей, получение маленьких полостей, которые можно пломбировать по адгезивной технологии
- 2) возможность замены протравливания и адгезивной подготовки к пломбированию кариозной полости
- 3) отсутствие необходимости в использовании коффердама, защитных очков и пылесоса
- 4) быстрое раскрытие полости зуба для доступа к корневым каналам при лечении пульпита

223. НИЗКОМОДУЛЬНЫЕ (ЖИДКОТЕКУЧИЕ) КОМПОЗИТЫ МОЖНО ВНОСИТЬ В КАРИОЗНУЮ ПОЛОСТЬ ТОЛЩИНОЙ НЕ БОЛЕЕ (В ММ)

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 6

224. ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ КОНТАКТНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ матрица
- 2) зонд
- 3) экскаватор
- 4) шпатель

225. ДЕНТИН-ПАСТА ВНОСИТСЯ В КАРИОЗНУЮ ПОЛОСТЬ ПРИ ПОМОЩИ

- 1)+ гладилки
- 2) ватного тампона
- 3) шаровидного бора
- 4) зонда

226. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ART-МЕТОДА ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ НА ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие доступа для ручных инструментов
- 2) локализация кариозной полости в фиссурах моляров
- 3) локализация кариозной полости на вестибулярной поверхности резцов
- 4) невозможность удалить нависающие края эмали

227. ЛАМПЫ ГАЛОГЕНОВОГО СВЕТА ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

- 1)+ полимеризации композита
- 2) реминерализации эмали
- 3) дезинфекции кабинета
- 4) высушивания полости рта

228. ОСНОВНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ (ДО 95%) ПОРОШКА ФОСФАТ-ЦЕМЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ ОКСИД

- 1)+ цинка
- 2) магния
- 3) кремния
- 4) кальция

229. ДЛЯ ПОСТОЯННЫХ ПЛОМБ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ композитные материалы
- 2) искусственный дентин
- 3) цинк-эвгенольную пасту
- 4) пасты на основе гидроксида кальция

230. ДЕНТИН-ПАСТА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

- 1)+ временных пломбировочных материалов
- 2) силико-фосфатных цемента
- 3) силикатных цемента
- 4) цемента для obturation корневых каналов

231. ПРИ ВОЗДУШНО-АБРАЗИВНОМ МЕТОДЕ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПОРОШОК, СОДЕРЖАЩИЙ ЧАСТИЦЫ

- 1)+ оксида алюминия
- 2) глицина
- 3) оксида цинка
- 4) фторида натрия

232. ПЛОМБИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ART-МЕТОДЕ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ПРОВОДЯТ

- 1)+ стеклоиономерным цементом
- 2) микрогибридным композитом
- 3) наногибридным композитом
- 4) цинкокси-двугеновым цементом

233. К ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ СВОЙСТВУ СЕРЕБРЯНОЙ АМАЛЬГАМЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ большую прочность
- 2) хорошую адгезию
- 3) эстетичность
- 4) высокую теплопроводность

234. ОСНОВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ АМАЛЬГАМЫ БЕЗ ГАММА-2-ФАЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ устойчивость к коррозии
- 2) пластичность
- 3) изменение объема
- 4) рентгеноконтрастность

235. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СВОЙСТВОМ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫХ ЦЕМЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ химическая адгезия
- 2) чувствительность к влаге
- 3) чувствительность к пересушиванию
- 4) механическая прочность

236. ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ СВОЙСТВОМ СЕРЕБРЯНОЙ АМАЛЬГАМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ теплопроводность
- 2) твердость
- 3) пластичность
- 4) устойчивость к влаге

237. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕЗРЕЛОЙ ЭМАЛЬЮ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЕНИЕ АДГЕЗИВНОЙ СИСТЕМЫ _____ ПОКОЛЕНИЯ

- 1)+ 6 и 7
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 1

238. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ ПРЯМОЙ ПОСТАНОВКИ СТАНДАРТНОЙ СТАЛЬНОЙ КОРОНКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ недостаточный объем сохранившихся твердых тканей
- 2) наличие не более двух зубов требующих восстановления
- 3) хорошая кооперация с ребенком
- 4) наличие физиологической окклюзии

239. ПРИ КОНЦЕНТРАЦИИ ФТОРА _____ МГ/Л В ВОДЕ НАЗНАЧАЮТ ФТОРСОДЕРЖАЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ВНУТРЬ

- 1)+ 0,3
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 10

240. НАЛОЖЕНИЕ КОМПОЗИТА ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1)+ одним слоем
- 2) двумя слоями
- 3) тремя слоями
- 4) четырьмя слоями

241. МЕТОДИКА НЕПРЯМОЙ ПОСТАНОВКИ СТАНДАРТНОЙ СТАЛЬНОЙ КОРОНКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ

- 1)+ затруднениях кооперации с ребенком
- 2) менее двух зубов требующих восстановление
- 3) хорошей кооперации с ребенком
- 4) наличии физиологической окклюзии

242. ОПТИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА НАЛОЖЕНИЯ ПОРЦИИ СВЕТООТВЕРЖДАЕМОГО КОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- 1)+ 1,5-2
- 2) 3
- 3) 3-4
- 4) 4-5

243. КАРИЕСПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫХ ЦЕМЕНТОВ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+ долговременным выделением фторида
- 2) высокощелочной реакцией материала
- 3) хорошим краевым прилеганием материала
- 4) высокими механическими свойствами

244. ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ СТАНДАРТНУЮ СТАЛЬНУЮ КОРОНКУ НЕОБХОДИМО ОБРАБОТАТЬ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ этиловым спиртом 96
- 2) пероксидом водорода 3
- 3) хлоргексидина раствором 2
- 4) хлоргексидина раствором 0,05

245. ЭНДОГЕННЫМ МЕТОДОМ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прием таблеток фторида натрия
- 2) покрытие зубов фторлаком
- 3) полоскание фторидсодержащими растворами
- 4) использование фторидсодержащих зубных паст

246. МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неудовлетворительная гигиена рта
- 2) низкое содержание фторида в питьевой воде
- 3) высокое содержание фторида в питьевой воде
- 4) наличие сопутствующих соматических заболеваний

247. ОПТИМАЛЬНАЯ КРАТНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ АППЛИКАЦИЙ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ ДЛЯ РЕМОТЕРАПИИ

- 1)+ не реже 1 раза в день в течение 2-4 недель
- 2) 3-4 раза в год
- 3) однократно при лечении кариеса
- 4) 1 раз в год

248. КАКОЕ СВОЙСТВО МИКРООРГАНИЗМОВ ИГРАЕТ ВАЖНУЮ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ КАРИЕСА?

- 1)+ образование органических кислот
- 2) устойчивость к антибиотикам
- 3) способность вызывать дисбактериоз
- 4) способность к размножению

249. СНИЖЕНИЕ PH СЛЮНЫ СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ деминерализации эмали
- 2) реминерализации эмали
- 3) повышению вязкости слюны
- 4) увеличению скорости саливации

250. ПОСЛЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПРОВОДЯТ

- 1)+ аппликации реминерализирующими средствами
- 2) окрашивание зубов йодсодержащим раствором
- 3) определение индексов гигиены
- 4) контролируемую чистку зубов

251. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ С

- 1)+ начала периода минерализации зачатков
- 2) момента прорезывания 1 зуба
- 3) момента рождения ребенка
- 4) момента прорезывания 5.2, 5.1, 6.1, 6.2

252. ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ НАЧИНАЕТСЯ В ЕЕ СЛОЕ

- 1)+ подповерхностном
- 2) поверхностном
- 3) глубоко
- 4) и поверхностном, и глубоко

253. КАКОЕ СВОЙСТВО ЭМАЛИ ОБЕСПЕЧИВАЮТ ПРОЦЕССЫ ИОННОГО ОБМЕНА, МИНЕРАЛИЗАЦИИ, РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ?

- 1)+ проницаемость
- 2) только микротвердость
- 3) только растворимость
- 4) микротвердость и растворимость

254. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ИСПОЛЬЗУЮТ ПОЛОСКАНИЯ РАСТВОРАМИ ФТОРИДА НАТРИЯ В КОНЦЕНТРАЦИЯХ (В %)

- 1)+ 0,05; 0,1; 0,2
- 2) 0,01; 0,02
- 3) 0,02; 0,05; 0,1
- 4) 0,5; 1,0; 1,5

255. СТЕПЕНЬ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ 7-10 ЛЕТ ПРИ КПУ+КП ОТ 6 ДО 8

- 1)+ средняя
- 2) низкая
- 3) высокая
- 4) крайне высокая

256. СТЕПЕНЬ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ 7-10 ЛЕТ ПРИ КПУ+КП БОЛЕЕ 8

- 1)+ высокая
- 2) низкая
- 3) средняя
- 4) крайне высокая

257. НАИБОЛЬШИМ КАРИЕСОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ

- 1)+ Streptococcus mutans
- 2) лактобациллы
- 3) фузобактерии
- 4) Streptococcus salivaris

258. РЕМТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1)+ очаговой деминерализации
- 2) флюорозе
- 3) мраморной эмали
- 4) гипоплазии системной

259. КОНЕЧНЫМ ПРОДУКТОМ МЕТАБОЛИЗМА САХАРОВ БАКТЕРИЯМИ ЗУБНОГО НАЛЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кислота
- 2) гликан
- 3) леван
- 4) декстран

260. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОЛОСКАНИЯ РАСТВОРОМ ФТОРИДА НАТРИЯ 0,2% ПРОВОДЯТ

- 1)+ 1 раз в 2 недели
- 2) ежедневно
- 3) еженедельно
- 4) 1 раз в полгода

261. РЕБЕНКУ С III СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора
- 2) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав
- 3) гигиенические зубные эликсиры
- 4) гигиенические зубные пасты и эликсиры

262. СТЕПЕНЬ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ 7-10 ЛЕТ ПРИ КПУ+КП ДО 5

- 1)+ низкая
- 2) средняя
- 3) высокая
- 4) крайне высокая

263. ОСНОВНУЮ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ КАРИЕСА ИГРАЕТ ВИД СТРЕПТОКОККОВ

- 1)+ Str.mutans
- 2) Str.mitis
- 3) Str.sanguis
- 4) Str.salivarius

264. ГИПЕРЕСТЕЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1)+ повышенную болевую чувствительность твёрдых тканей зуба в ответ на раздражители
- 2) повышенное образование эмали в виде «эмалевых капель»
- 3) повышенную стираемость твёрдых тканей зуба
- 4) метод повышения резистентности твёрдых тканей зуба

265. ДЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ЦЕМЕНТ

- 1)+ стеклоиномерный
- 2) цинк-фосфатный
- 3) силикатный
- 4) поликарбоксилатный

266. РЕБЕНКУ С ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА НАЗНАЧАЮТ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

- 1)+ лечебно-профилактические, содержащие соединения фтора
- 2) лечебно-профилактические солевые
- 3) лечебно-профилактические с экстрактами лечебных трав
- 4) гигиенические и зубные эликсиры

267. ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ (ЛЕТ)

- 1)+ 1
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 10

268. ПОЛОСКАНИЕ РАСТВОРАМИ ФТОРИДА НАТРИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ С ВОЗРАСТА (В ГОДАХ)

- 1)+ 6
- 2) 3
- 3) 10
- 4) 12

269. ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ УГЛЕВОДОВ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ СОЗДАНИЕ КАРИЕСОГЕННОЙ СИТУАЦИИ В ПОЛОСТИ РТА, ЯВЛЯЕТСЯ _____ САХАРА

- 1)+ частота приёма
- 2) тип принятого
- 3) количество принятого
- 4) форма приёма

270. ДЕТИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНЫ ЧИСТИТЬ ЗУБЫ

- 1)+ ежедневно, утром и вечером
- 2) ежедневно, утром
- 3) ежедневно, вечером
- 4) несколько раз в неделю

271. СИЛАНТЫ - ЭТО МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ

- 1)+ герметизации фиссур
- 2) изолирующих прокладок
- 3) реминерализирующей терапии
- 4) пломбирования кариозных полостей

272. В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА РЕБЕНКУ 1-2 ЛЕТ С КАРИЕСОМ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ

- 1)+ зубную пасту с аминофторидом
- 2) зубную пасту без фторидов
- 3) гигиенические салфетки для чистки зубов
- 4) зубную пасту с триклозаном

273. РИСК ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ, У КОТОРЫХ ПЕРВЫЕ КАРИОЗНЫЕ ПОЛОСТИ ПОЯВИЛИСЬ В ВОЗРАСТЕ ДО 3 ЛЕТ

- 1)+ высокий
- 2) средний
- 3) умеренный
- 4) минимальный

274. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОЛОСКАНИЯ РАСТВОРОМ ФТОРИДА 0,05% НАТРИЯ ПРОВОДЯТ

- 1)+ ежедневно
- 2) еженедельно
- 3) 1 раз в 2 недели
- 4) 1 раз в полгода

275. НАИБОЛЬШИМ КАРИЕСОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ сахароза
- 2) мальтоза
- 3) галактоза
- 4) гликоген

276. ВАЖНАЯ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ КАРИЕСА ОТВОДИТСЯ ТАКОМУ СВОЙСТВУ МИКРООРГАНИЗМОВ, КАК

- 1)+ образование органических кислот
- 2) устойчивость к антибиотикам
- 3) способность вызывать дисбактериоз
- 4) способность к размножению

277. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ, ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ РАСТВОРЫ ФТОРИДА НАТРИЯ ДЛЯ ПОЛОСКАНИЯ В КОНЦЕНТРАЦИИ (В %)

- 1)+ 0,2
- 2) 0,1
- 3) 0,5
- 4) 1

Тема 5. Методы обследования в детской стоматологии.

1. ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА НА МОЛЯРАХ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ВОЗМОЖНОСТИ

- 1)+ с вершины переднечечного бугра
- 2) с фиссуры
- 3) в пришеечной области
- 4) с линии экватора зуба

2. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ компьютерная томография
- 2) электромиография
- 3) ортопантомография
- 4) аксиография

3. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА РМА У ДЕТЕЙ ПРОВОДЯТ

- 1)+ окрашивание десны
- 2) окрашивание зубов
- 3) зондирование десневой борозды
- 4) зондирование кариозных полостей

4. С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ФЕДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ зубного налета
- 2) воспаления десны
- 3) начального кариеса
- 4) флюороза зубов

5. НАЛИЧИЕ КРОВОТОЧИВОСТИ ДЕСЕН У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- 1)+ СРІ
- 2) РНР
- 3) КПУ
- 4) РМА

6. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА РНР У ДЕТЕЙ ОКРАШИВАЮТ ПОВЕРХНОСТИ НИЖНИХ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ

- 1)+ оральные
- 2) вестибулярные
- 3) окклюзионные
- 4) проксимальные

7. ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА ТОЧНО ОЦЕНИВАЕТ СОСТОЯНИЕ

- 1)+ пульпы
- 2) периодонта
- 3) эмали
- 4) дентина

8. ДЛЯ ОЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У РЕБЕНКА 15 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

- 1)+ КПУ(з)
- 2) кпу(з)
- 3) РМА
- 4) ИГР-У

9. МЕТОД ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ВЫЯВЛЯЕТ ОЧАГОВУЮ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЮ ПРИ

- 1)+** белом кариозном пятне
- 2) эрозии эмали
- 3) пятнистой форме гипоплазии
- 4) пигментированном кариозном пятне

10. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА РНР У ДЕТЕЙ ОКРАШИВАЮТ ПОВЕРХНОСТИ ПЕРВЫХ ВЕРХНИХ МОЛЯРОВ

- 1)+** вестибулярные
- 2) оральные
- 3) окклюзионные
- 4) проксимальные

11. ДЛЯ ОЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКСЫ

- 1)+** кп(з) и КПУ(з)
- 2) кпу(з) и кпу(п)
- 3) СРІ и РМА
- 4) РНР и ИГР-У

12. ДЕТЕКТОР КАРИЕСА ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ _____ ДЕНТИНА

- 1)+** кариозного
- 2) вторичного
- 3) иррегулярного
- 4) третичного

13. ДИАГНОЗ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У РЕБЕНКА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- 1)+** оценки клинического течения заболевания
- 2) рентгенографии в первые сутки заболевания
- 3) результатов электроодонтодиагностики
- 4) анамнеза заболевания

14. ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ КОРНЕВАЯ КИСТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОТТЕСНЯЮЩАЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ СИНУС, НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ОЧАГ _____ ГРАНИЦАМИ

- 1)+** затемнения с чёткими
- 2) просветления с чёткими
- 3) просветления с нечёткими
- 4) затемнения с нечёткими

15. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ МЯГКОГО ЗУБНОГО НАЛЕТА У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

- 1)+** окрашивания
- 2) перкуссии
- 3) пальпации
- 4) микробиологический

16. С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА РНР У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ НАЛИЧИЕ

- 1)+** зубного налета
- 2) воспаления десны
- 3) начального кариеса
- 4) флюороза зубов

17. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПЯТЕН МЕТОДОМ ОКРАШИВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ раствор метиленового синего
- 2) раствор йодистого калия
- 3) реактив Шиллера-Писарева
- 4) бриллиантовый зеленый

18. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КИСТ И ПРОДУКТИВНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ СЧИТАЮТ

- 1)+ данные рентгенографии
- 2) длительность процесса
- 3) наличие причинного зуба
- 4) данные электроодонтодиагностики

19. РАСТВОР ШИЛЛЕРА-ПИСАРЕВА ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ У ДЕТЕЙ ИНДЕКСА

- 1)+ РМА
- 2) СРІ
- 3) КПУ
- 4) DAI

20. ИНДЕКС ФЕДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОЦЕНКИ

- 1)+ гигиены полости рта
- 2) кровоточивости десневой борозды
- 3) начальных кариозных поражений
- 4) некариозных поражений зубов

21. В СЛУЧАЕ УХУДШЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЗУБОВ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ФЕДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ

- 1)+ увеличивается
- 2) незначительно уменьшается
- 3) значительно уменьшается
- 4) не изменяется

22. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД

- 1)+ пальпации
- 2) перкуссии
- 3) зондирования
- 4) рентгенографии

23. ИНДЕКС ИГР-У У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОЦЕНКИ

- 1)+ гигиены полости рта
- 2) кровоточивости десневой борозды
- 3) начальных кариозных поражений
- 4) некариозных поражений зубов

24. МЕТОД ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ЭМАЛИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

- 1)+ начального кариеса и флюороза
- 2) флюороза и гипоплазии эмали
- 3) кариеса эмали и кариеса дентина
- 4) эрозии зубов и клиновидного дефекта

25. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ВОСПАЛЕНИЯ ДЕСНЫ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

- 1)+ РМА
- 2) СРІ
- 3) РНР
- 4) КПУ

26. С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ИГР-У У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ зубного налета
- 2) воспаления десны
- 3) начального кариеса
- 4) флюороза зубов

27. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗУБНОГО КАМНЯ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ зеркало и зонд
- 2) зеркало и пинцет
- 3) зонд и пинцет
- 4) зеркало и экскаватор

28. К ВНЕРОТОВОМУ МЕТОДУ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ телерентгенограмма
- 2) УЗИ слюнной железы
- 3) тепловизиография
- 4) ангиограмма

29. МЕТОД ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ

- 1)+ начального кариеса
- 2) кариеса дентина
- 3) кариеса цемента
- 4) приостановившегося кариеса

30. МОЛЯРНОЕ СООТНОШЕНИЕ СА/Р В ЭМАЛИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 1,67
- 2) 1,37
- 3) 1,47
- 4) 1,87

31. ИНДЕКС РНР У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОЦЕНКИ

- 1)+ гигиены полости рта
- 2) кровоточивости десневой борозды
- 3) начальных кариозных поражений
- 4) некариозных поражений зубов

32. СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ ОЦЕНИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- 1)+ СРІ
- 2) РНР
- 3) АРІ
- 4) КПУ

33. С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА АРІ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ НАЛИЧИЕ НАЛЕТА НА ПОВЕРХНОСТЯХ ЗУБОВ

- 1)+ проксимальных
- 2) вестибулярных
- 3) оральных
- 4) окклюзионных

34. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФЛЮОРОЗА ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПРОВОДЯТ

- 1)+ витальное окрашивание
- 2) электроодонтодиагностику
- 3) рентгенологическое исследование
- 4) биопсию эмали

35. С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА РМА ОПРЕДЕЛЯЮТ

- 1)+ степень воспаления десны
- 2) кровоточивость десны
- 3) зубной камень
- 4) зубной налет

36. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОДУКТИВНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА И ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ СЧИТАЮТ

- 1)+ данные морфологического исследования
- 2) рентгенологическую характеристику
- 3) результат пробной противовоспалительной терапии
- 4) наличие в анамнезе одонтогенного воспаления в исследуемой области

37. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФАДЕНИТА ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ШЕИ ПРОВОДИТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО С

- 1)+ срединной кистой шеи
- 2) увеличенной щитовидной железой
- 3) липомой
- 4) атеромой

38. ДЛЯ ОЦЕНКИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

- 1)+ РНР
- 2) СРІ
- 3) РМА
- 4) КПУ

39. НАЛИЧИЕ ЗУБНОГО КАМНЯ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- 1)+ СРІ
- 2) РНР
- 3) КПУ
- 4) РМА

40. НАЛИЧИЕ ЗУБНОГО КАМНЯ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- 1)+ ИГР-У
- 2) РНР
- 3) КПУ
- 4) РМА

41. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ томография ВНЧС
- 2) биохимия крови
- 3) электроодонтодиагностика
- 4) аудиометрия

42. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** УЗИ
- 2) ортопантомография
- 3) аксиография
- 4) термография

43. ПРИ ОДОНТОГЕННОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КИСТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОЧАГ ДЕСТРУКЦИИ

- 1)+** с четкими границами гомогенной структуры
- 2) с нечеткими границами
- 3) на фоне «мраморной» кости
- 4) в виде «тающего сахара»

44. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОГО СИАЛОАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** тень конкремента в области выводного протока
- 2) наличие округлых полостей диаметром 1-4 мм вместо протоков III-IV порядка
- 3) сужение всех протоков
- 4) расширение всех протоков

45. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** компьютерная томография
- 2) аудиометрия
- 3) миография
- 4) электроодонтодиагностика

46. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОДОНТОГЕННОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНА ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ

- 1)+** с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
- 2) с нечеткими границами в области образования
- 3) в виде «тающего сахара»
- 4) в виде участков уплотнения и разрежения

47. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ ПАРОТИТЕ ОКОЛОУШНАЯ СЛЮННАЯ ЖЕЛЕЗА ПРИ ПАЛЬПАЦИИ

- 1)+** плотная, бугристая
- 2) эластичная
- 3) тестовато-пастозная
- 4) костной плотности

48. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЗУБОСОДЕРЖАЩЕЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНА ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ

- 1)+** с четкими контурами и тенью зуба в полости
- 2) в виде «тающего сахара»
- 3) с нечеткими границами в области образования
- 4) в виде нескольких полостей с нечеткими контурами

49. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО СИАЛОАДЕНИТА

- 1)+** эпидемический анамнез
- 2) двухсторонний характер поражения
- 3) гемограмма
- 4) наличие припухлости

50. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО ПОДТВЕРЖДАЕТ СЛЮННОКАМЕННУЮ БОЛЕЗНЬ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

- 1)+ рентгенологическое обследование
- 2) острый лимфаденит поднижнечелюстной области
- 3) мутный секрет, полученный из выводного протока слюнной железы
- 4) воспалительный инфильтрат в поднижнечелюстной области

51. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рентгенография нижней челюсти в аксиальной проекции
- 2) ортопантомография
- 3) панорамная рентгенография нижней челюсти
- 4) фистулография

52. ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АРТРОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сужение суставной щели
- 2) суставная щель прерывиста
- 3) широкая суставная щель
- 4) уплощение головки сустава

53. ПРИ ОДОНТОГЕННОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КИСТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ/ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- 1)+ очаг деструкции с четкими границами гомогенной структуры у верхушки корня
- 2) плотная тень зубоподобной структуры в области челюсти
- 3) ограниченные периостальные наслоения
- 4) множественные очаги разрежения кости с нечеткими контурами

54. ПРИ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТЕ ЧЕЛЮСТЕЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ/ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- 1)+ округлый очаг деструкции с четкими границами и формирующимся зубом
- 2) плотная тень зубоподобной структуры в области челюсти
- 3) ограниченные периостальные наслоения
- 4) множественные очаги разрежения кости с секвестрами

55. ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОЦЕНИТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПУТЕМ РЕГИСТРАЦИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ электромиографией
- 2) мастикациографией
- 3) кинезиографией
- 4) сиалографией

56. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПАРОДОНТА БОКОВОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ ортопантомографию
- 2) ТРГ – прямую проекцию
- 3) томографию ВНЧС
- 4) ТРГ – боковую проекцию

57. ПЕРКУССИЯ ЗУБА ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ постукиванием по зубу для определения состояния пародонта
- 2) ощупыванием для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
- 3) оценкой внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
- 4) определением отклонения зуба от оси

58. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВСЕХ ЗАЧАТКОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1)+ ортопантомограмму
- 2) панорамный снимок
- 3) прицельный снимок
- 4) телерентгенограмму головы в прямой проекции

59. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ В СТОМАТОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ гнатодинамометрия
- 2) ортопантомография
- 3) реопародонтография
- 4) ЭОД

60. ОБСЛЕДОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НАЧИНАЮТ С

- 1)+ внешнего осмотра больного
- 2) осмотра полости рта
- 3) пальпирования лимфатических узлов
- 4) рентгенологического обследования

61. ПОЛЯРОГРАФИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1)+ парциального давления кислорода
- 2) микроциркуляции
- 3) состояния капилляров
- 4) парциального давления углекислого газа

62. ЭОД ОСНОВАНА НА

- 1)+ способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)
- 2) способности тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
- 3) прохождении через объект исследования безвредного для организма холодного луча света
- 4) способности пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния

63. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА ОЦЕНИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- 1)+ Грина-Вермильона
- 2) ПМА
- 3) СРІТН
- 4) ПИ

64. АНОМАЛИИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ В САГИТТАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ

- 1)+ ТРГ в боковой проекции
- 2) томографии
- 3) ортопантомографии
- 4) панорамной рентгенографии

65. СБОР АНАМНЕЗА У СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НАЧИНАЮТ С

- 1)+ выяснения жалоб
- 2) осмотра полости рта
- 3) анамнеза жизни
- 4) анамнеза болезни

66. РЕОГРАФИЮ В СТОМАТОЛОГИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО ПРИМЕНЯТЬ ДЛЯ

- 1)+ диагностики функционального состояния сосудов пародонта
- 2) диагностики кровоснабжения мышц
- 3) диагностики заболеваний слизистой
- 4) изучения функционального состояния пульпы

67. ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ функциональный метод исследования состояния мышц на основе регистрации биопотенциалов
- 2) регистрация движений височно-нижнечелюстного сустава
- 3) исследование гемодинамики пародонта
- 4) исследование лимфообращения

68. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА СЛЮНЫ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ сиалометрия
- 2) сцинтиграфия
- 3) ирригоскопия
- 4) доплерометрия

69. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ СМЕЩЕНИИ ЗУБА К ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ расширением периодонтальной щели
- 2) сужением периодонтальной щели
- 3) деструкцией костной ткани в области лунки
- 4) разрежением костной ткани у верхушки корня

70. МЕТОД ЭЛЕКТРОМИОАРТРОГРАФИИ ПОЗВОЛЯЕТ ИЗУЧИТЬ

- 1)+ сокращение жевательных мышц и движение головок нижней челюсти
- 2) состояние жевательных мышц в покое
- 3) тонус жевательных мышц
- 4) выносливость собственно жевательных мышц

71. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОДОНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рентгенография
- 2) клинический осмотр
- 3) выяснение жалоб
- 4) радиоизотопное исследование

72. ПРИ ВНЕРОТОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ВЫЯВЛЯЮТ

- 1)+ изменение конфигурации лица и ограничение подвижности нижней челюсти
- 2) состояние зубов большого
- 3) наличие сверхкомплектных зубов
- 4) цвет и влажность слизистой оболочки полости рта

73. НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ МЯГКОТКАНЫХ СТРУКТУР ВНЧС ДАЕТ

- 1)+ магнитно-резонансная томография
- 2) телерентгенография
- 3) ортопантомография
- 4) компьютерная томография

74. РЕОГРАФИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ функциональный метод исследования кровоснабжения тканей организма
- 2) метод исследования диаметра кровеносных сосудов
- 3) метод исследования только венозных сосудов организма
- 4) метод исследования подвижности зубов

75. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ

- 1)+ цитологическое обследование
- 2) сцинтиграфию
- 3) маммографию
- 4) ирригоскопию

76. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМУ СОСТОЯНИЮ ОКОЛОРОТОВЫХ МЫШЦ ПРИ ГЛОТАНИИ СООТВЕТСТВУЕТ ЛИЦЕВОЙ ПРИЗНАК, ПРИ КОТОРОМ

- 1)+ губы сомкнуты спокойно
- 2) отмечается напряжение мышц подбородка
- 3) напрягаются щечные мышцы
- 4) губы слегка напряжены

77. РЕОГРАФИЯ В ОБЛАСТИ ВНЧС ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1)+ гемодинамическое состояние сосудов ВНЧС
- 2) сократительную способность мышц челюстно-лицевой области
- 3) движение суставных головок нижней челюсти
- 4) выносливость тканей пародонта

78. ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ КОРНЕВАЯ КИСТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ОЧАГ _____ ГРАНИЦАМИ

- 1)+ разрежения с чёткими
- 2) просветления с чёткими
- 3) разрежения с нечёткими
- 4) просветления с нечёткими

79. ЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСНОВАНА НА

- 1)+ способности тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
- 2) прохождении через объект исследования безвредного для организма холодного луча света
- 3) способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)
- 4) способности пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния

80. ЗУБНОЙ НАЛЕТ ОКРАШИВАЮТ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА

- 1)+ гигиены
- 2) КПУ
- 3) РМА
- 4) РІ

81. МЕТОД ДИНАМИЧЕСКОЙ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИИ ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ ИЗУЧЕНИЯ ПЛОТНОСТИ

- 1)+ костной ткани
- 2) эмали
- 3) дентина
- 4) цемента

82. ПАНОРАМНУЮ РЕНТГЕНОГРАФИЮ ПРИМЕНЯЮТ В ОРТОДОНТИИ ДЛЯ

- 1)+ выявления наличия зачатков зубов верхней и нижней челюстей
- 2) измерения размеров зубов нижней челюсти
- 3) измерения ширины зубного ряда
- 4) измерения длины зубного ряда

83. АНОМАЛИИ ФОРМЫ И РАЗМЕРА ЗУБОВ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ _____ ОБСЛЕДОВАНИИ

- 1)+ клиническом
- 2) рентгенологическом
- 3) лабораторном
- 4) иммунологическом

84. НА ОРТОПАНТОМОГРАММЕ ПОЛУЧАЮТ

- 1)+ развернутое рентгеновское изображение верхней и нижней челюстей
- 2) рентгеновское изображение височно-нижнечелюстного сустава
- 3) развернутое рентгеновское изображение нижней челюсти
- 4) развернутое рентгеновское изображение верхней челюсти

85. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ клинический
- 2) рентгенологический
- 3) цитологический
- 4) лабораторный

86. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ СИНУСЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ обзор костей лицевого скелета в носо-подбородочной проекции
- 2) дентальная рентгенограмма
- 3) обзор костей лицевого скелета в носо-лобной проекции
- 4) радиовизиография

87. РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ амелобластомы
- 2) одонтогенной кисты
- 3) кератокисты
- 4) максиллоглобулярной кисты

88. ОСНОВНОЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ДИАГНОЗ НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕСОВЕРШЕННЫЙ ДЕНТИНОГЕНЕЗ

- 1)+ рентгенография
- 2) перкуссия зубов
- 3) зондирование
- 4) электроодонтодиагностика

89. СИММЕТРИЧНОСТЬ РАЗВИТИЯ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ

- 1)+ телерентгенографии в прямой проекции
- 2) панорамной рентгенографии
- 3) телерентгенографии в боковой проекции
- 4) прицельной рентгенографии

90. В ОРТОДОНТИИ ПРИМЕНЯЮТ ПАНОРАМНУЮ РЕНТГЕНОГРАФИЮ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ

- 1)+ определения состояния зачатков
- 2) определения длины нижней челюсти
- 3) измерения размеров зубов нижней челюсти
- 4) измерения ширины зубного ряда

91. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ СИМПТОМ

- 1)+ наполнения
- 2) нагрузки
- 3) Пастернацкого
- 4) двойного пятна

92. К ВНУТРИРОТОВОМУ МЕТОДУ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ прицельная рентгенография
- 2) ортопантомограмма
- 3) электроодонтодиагностика
- 4) миография

93. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСНОВАНО НА

- 1)+ степени прохождения лучей в зависимости от плотности тканей на исследуемом участке
- 2) способности тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
- 3) способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)
- 4) способности пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния

94. МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОЦЕНИТЬ СТРОЕНИЕ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ телерентгенография
- 2) внутриротовая рентгенография
- 3) радиовизиография
- 4) ортопантомография

95. МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ОТРАЖАЮЩИМ ОБЪЕМ ТКАНЕЙ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИИ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ компьютерная томография
- 2) радиовизиография
- 3) обзорная рентгенограмма костей лицевого скелета и ортопантомограмма
- 4) ядерно-магнитный резонанс

96. ЭРИТРОЦИТАРНАЯ ПОРФИРИЯ ВЫЗЫВАЕТ ФЛЮОРЕСЦИРУЮЩЕЕ СВЕЧЕНИЕ

- 1)+ красное
- 2) зеленое
- 3) белое
- 4) голубое

97. ДЛЯ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ЭМАЛИ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ метиленовый синий
- 2) фуксин
- 3) эритрозин
- 4) йодистый калий

98. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ____ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

- 1)+ рентгенологический
- 2) гистологический
- 3) цитологический
- 4) УЗИ

99. С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СООТНОШЕНИЯ КОРНЕЙ ВЕРХНИХ БОКОВЫХ ЗУБОВ С ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХОЙ ПАЦИЕНТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАПРАВИТЬ НА

- 1)+ компьютерную томографию
- 2) ТРГ в прямой проекции
- 3) ортопантомограмму
- 4) панорамную рентгенографию

100. ПАЛЬПАЦИЮ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРОВОДЯТ

- 1)+ через кожу в области козелка уха
- 2) со стороны полости рта
- 3) через кожу в заушной области
- 4) через кожу в области лобного отростка височной кости

101. ЗЕЛЁНОЕ ОКРАШИВАНИЕ ЗУБНОГО НАЛЁТА ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА ПРИСУТСТВИЯ

- 1)+ Licken clentalis
- 2) Bacteroides melaninogenieus
- 3) Candida albicans
- 4) Streptococcus sanguis

102. ПОРОГ ВОЗБУЖДЕНИЯ ЗДОРОВОЙ ПУЛЬПЫ СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА ПРИ ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКЕ СОСТАВЛЯЕТ (В МКА)

- 1)+ 2-6
- 2) 20-30
- 3) 35-45
- 4) 60-80

103. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ПЯТЕН ПРИ ФЛЮОРОЗЕ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ отсутствие окрашивания
- 2) окрашивание в темно-синий цвет
- 3) окрашивание в голубой цвет
- 4) окрашивание в ярко-синий цвет

104. РАСТВОР ШИЛЛЕРА-ПИСАРЕВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1)+ воспаления десны
- 2) начального кариеса
- 3) флюороза зубов
- 4) гипоплазии эмали

105. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ПЯТЕН ПРИ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ отсутствие окрашивания
- 2) окрашивание в темно-синий цвет
- 3) окрашивание в голубой цвет
- 4) окрашивание в ярко-синий цвет

106. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА РМА У ДЕТЕЙ ПРОВОДЯТ ОКРАШИВАНИЕ ДЕСНЫ В ОБЛАСТИ _____ ЗУБОВ

- 1)+ всех верхних и нижних
- 2) всех верхних
- 3) всех нижних
- 4) фронтальных верхних и нижних

107. ОЦЕНКА ЗУБНОГО КАМНЯ ПО ИНДЕКСУ ИГР-У ПРОВОДИТСЯ ПО ШКАЛЕ (МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ)

- 1)+ 3
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 6

108. КРОВОТОЧИВОСТЬ ДЕСНЫ ОЦЕНИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- 1)+ Мюллемана
- 2) Рассела
- 3) РМА
- 4) СРІТН

109. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ У ПОДРОСТКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

- 1)+ зондирования
- 2) пальпации
- 3) окрашивания
- 4) рентгенологический

110. ПО КЛАССИФИКАЦИИ DEAN НАЛИЧИЕ КОРИЧНЕВЫХ ПЯТЕН НА ЗУБАХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ФЛЮОРОЗА

- 1)+ умеренной
- 2) сомнительной
- 3) слабой
- 4) тяжелой

111. КРОВОТОЧИВОСТЬ ДЕСНЫ ОЦЕНИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- 1)+ SBI
- 2) КПУ
- 3) РМА
- 4) СРІТН

112. ВОСПАЛЕНИЕ МАРГИНАЛЬНОЙ ДЕСНЫ ПО ИНДЕКСУ РМА ОЦЕНИВАЮТ КОДОМ

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 4

113. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗУБНОГО КАМНЯ У ПОДРОСТКОВ В ВОЗРАСТЕ 15 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

- 1)+ ИГР-У
- 2) РНР
- 3) РМА
- 4) АРІ

114. ПАЛЬПАЦИЮ ВИСОЧНОНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРОВОДЯТ

- 1)+ через кожу в области козелка уха
- 2) со стороны полости рта
- 3) через кожу в заушной области
- 4) через кожу в области лобного отростка височной кости

115. ВОСПАЛЕНИЕ ДЕСНЕВОГО СОСОЧКА ПО ИНДЕКСУ РМА СООТВЕТСТВУЕТ КОДУ

- 1)+ 1
- 2) 0
- 3) 2
- 4) 3

116. ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИОННЫЙ МЕТОД ОСНОВАН НА

- 1)+ оценке теней, возникающих при прохождении через объект исследования холодного луча света
- 2) способности тканей под действием УФ-лучей изменять свой естественный цвет
- 3) свойствах живой ткани возбуждаться под влиянием раздражения
- 4) регистрации пульсовых колебаний электрического сопротивления тканей

117. ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

- 1)+ состояние пульпы зуба
- 2) состояние периодонта зуба
- 3) силу болевой реакции
- 4) степень развития корня

118. ИНДЕКС СРІ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1)+ состояния тканей пародонта
- 2) кариеса зубов
- 3) некариозных поражений зубов
- 4) заболеваний слизистой оболочки рта

119. ОЦЕНКА ЗУБНОГО НАЛЕТА ПО ИНДЕКСУ ФЕДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ ПРОВОДИТСЯ ПО ШКАЛЕ (МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ)

- 1)+ 5
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 6

120. САМЫМ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ТКАНЕЙ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биопсия
- 2) рентгенография
- 3) данные анамнеза (динамика процесса)
- 4) ЭОД

121. ОЦЕНКА ЗУБНОГО НАЛЕТА ПО ИНДЕКСУ ИГР-У ПРОВОДИТСЯ ПО ШКАЛЕ (МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ)

- 1)+ 3
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 6

122. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА РНР ПОВЕРХНОСТЬ ОБСЛЕДУЕМОГО ЗУБА ДЕЛИТСЯ НА КОЛИЧЕСТВО УЧАСТКОВ

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

123. ВОСПАЛЕНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ДЕСНЫ ПО ИНДЕКСУ РМА СООТВЕТСТВУЕТ КОДУ

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 4

124. ПРОВЕДЕНИЕ КОНТРАСТНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ ПАРОТИТЕ ПОКАЗАНО В ПЕРИОД

- 1)+ ремиссии
- 2) обострения
- 3) активного роста ребенка
- 4) сменного прикуса

125. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА РМА ПРОВОДЯТ ОКРАШИВАНИЕ ДЕСНЫ В ОБЛАСТИ ЗУБОВ

- 1)+ всех верхних и нижних
- 2) всех верхних
- 3) всех нижних
- 4) фронтальных верхних и нижних

126. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАБОЧЕЙ ДЛИНЫ ЗУБА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ

- 1)+ рентгенографии
- 2) субъективных ощущений
- 3) термодиагностики
- 4) электроодонтодиагностики

127. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ПЯТЕН ПРИ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЕ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ отсутствие окрашивания
- 2) окрашивание в темно-синий цвет
- 3) окрашивание в голубой цвет
- 4) окрашивание в ярко-синий цвет

128. ПРИ ПОДСЧЕТЕ ИНДЕКСА РМА ДЕСНУ ОКРАШИВАЮТ

- 1)+ раствором Шиллера-Писарева
- 2) метиленовой синью
- 3) раствором фуксина
- 4) бриллиантовым зеленым

129. РАСТВОР ШИЛЛЕРА-ПИСАРЕВА У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1)+ воспаления десны
- 2) начального кариеса
- 3) флюороза
- 4) гипоплазии эмали

130. ПОД СРІТН ПОНИМАЮТ ИНДЕКС

- 1)+ нуждаемости в лечении заболеваний пародонта
- 2) эффективности гигиены полости рта
- 3) папиллярно-маргинально-альвеолярный
- 4) упрощенный гигиены полости рта

131. ДЛЯ ОЦЕНКИ НАЛЕТА НА ПРОКСИМАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

- 1)+ API
- 2) CPI
- 3) RMA
- 4) RHP

132. СТЕПЕНЬ ВОСПАЛЕНИЯ ДЕСНЫ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- 1)+ РМА
- 2) СРІ
- 3) АРІ
- 4) РНР

133. ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКИ ИНТАКТНОГО ПОСТОЯННОГО МОЛЯРА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ СООТВЕТСТВУЮТ (В мкА)

- 1)+ 2-6
- 2) 12-25
- 3) 26-31
- 4) 37-42

134. КОД 2 ПО ИНДЕКСУ СРІТН СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ

- 1)+ зубного камня
- 2) зубного налета
- 3) кровоточивости десны
- 4) пародонтального кармана

135. ДЛЯ ОЦЕНКИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ 3 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

- 1)+ Федорова-Володкиной
- 2) Грин-Вермиллиона
- 3) Силнесс-Лое
- 4) Шиллера-Писарева

136. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НЕПОЛНОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО И ПОСТОЯННОГО ЗУБА СО СМЕЩЕНИЕМ В СТОРОНУ СОСЕДНЕГО ЗУБА ОТНОСЯТ

- 1)+ расширение периодонтальной щели с одной стороны корня и отсутствие на другой
- 2) равномерное расширение периодонтальной щели
- 3) периодонтальная щель резко расширена у верхушки корня
- 4) отсутствие периодонтальной щели у верхушки корня

137. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СЛАБОЙ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА И КАРИЕСА ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ витальное окрашивание
- 2) рентгенологический метод
- 3) электроодонтодиагностику
- 4) термодиагностику

138. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ВИДОМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рентгенография
- 2) клинический анализ крови
- 3) исследование кистовой жидкости
- 4) электроодонтодиагностика

139. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА РНР У ДЕТЕЙ ОКРАШИВАЮТ ОРАЛЬНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ

- 1)+ 3.6 и 4.6
- 2) 1.6 и 2.6
- 3) 2.6 и 4.6
- 4) 1.6 и 3.6

140. РАБОЧАЯ ДЛИНА КОРНЕВОГО КАНАЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ рентгенограммой с иглой
- 2) по ощущениям пациента
- 3) ортопантограммой
- 4) по субъективным ощущениям врача

141. ПРИ НИЗКОМ УРОВНЕ ИУМ (ИСХОДНЫЙ УРОВЕНЬ МИНЕРАЛИЗАЦИИ) МАКСИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИЛЫ ТОКА, ПРОХОДЯЩЕГО ЧЕРЕЗ ТВЕРДЫЕ ТКАНИ ЗУБА СОСТАВЛЯЕТ (В мкА)

- 1)+ более 20
- 2) 9-20
- 3) 8-12
- 4) менее 8

142. ПОД ИНДЕКСОМ ГРИН-ВЕРМИЛЛИОНА ПОНИМАЮТ

- 1)+ упрощенный индекс гигиены полости рта
- 2) индекс эффективности гигиены полости рта
- 3) папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс
- 4) индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта

143. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ИНДЕКСА CPITN КОД 1 СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ кровоточивости десен
- 2) зубному камню
- 3) пародонтальному карману глубиной 4-5 мм
- 4) пародонтальному карману глубиной более 6 мм

144. УСТЬЯ КАНАЛОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- 1)+ эндодонтическим зондом
- 2) экскаватором
- 3) шаровидным бором
- 4) пародонтальным зондом

145. ПОД ДЕЙСТВИЕМ ЙОДА В ЗУБНОМ НАЛЕТЕ ОКРАШИВАЮТСЯ

- 1)+ производные углеводов
- 2) микроорганизмы
- 3) эпителиальные клетки
- 4) органические кислоты

146. ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫМ СЧИТАЮТ

- 1)+ инфильтративный рост
- 2) медленный рост
- 3) четкость границ между опухолью и окружающими тканями
- 4) высокую степень дифференциации клеток

147. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ МЯГКОГО ЗУБНОГО НАЛЕТА У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР

- 1)+ Шиллера-Писарева
- 2) Грин-Вермиллиона
- 3) Федорова-Володкиной
- 4) Боровского-Волкова

148. ИНДЕКС ФЕДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОЦЕНКИ

- 1)+ гигиены полости рта у детей
- 2) гигиены полости рта у взрослых
- 3) воспаления десны у детей
- 4) воспаления десны у взрослых

149. НАЛИЧИЕ ЗУБНОГО НАЛЕТА У ДЕТЕЙ 3 ЛЕТ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- 1)+ Федорова-Володкиной
- 2) ИГР-У
- 3) РНР
- 4) АРІ

150. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ПЯТНА ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ отсутствие окрашивания
- 2) окрашивание в темно-синий цвет
- 3) окрашивание в голубой цвет
- 4) окрашивание в ярко-синий цвет

151. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ стоматологический зонд
- 2) пародонтологический зонд
- 3) стоматологическое зеркало
- 4) серповидный скейлер

152. СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ОЦЕНИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- 1)+ РМА
- 2) РНР
- 3) АРІ
- 4) КПУ

153. ПРИ ЛЮБОМ ВИДЕ ТРАВМ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ БУДЕТ МЕТОД ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

- 1)+ рентгенография
- 2) термометрия
- 3) электроодонтометрия
- 4) трансиллюминация

154. ВИДОВОЙ СОСТАВ МИКРООРГАНИЗМОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ _____ ИССЛЕДОВАНИЕМ

- 1)+ бактериологическим
- 2) иммунологическим
- 3) гистологическим
- 4) цитологическим

155. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ПУНКТЫ ОПЕРЕЖЕНИЯ СМЫКАНИЯ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ окклюдзиограмма
- 2) реопародонтография
- 3) проба Кулаженко
- 4) проба Шиллера-Писарева

156. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВНЧС ПРИ ЮНОШЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ томография
- 2) панорамная рентгенография
- 3) боковая рентгенография нижней челюсти
- 4) ортопантомография

157. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОЧЕНЬ СЛАБОЙ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА И КАРИЕСА ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ витальное окрашивание
- 2) рентгенологический метод
- 3) электроодонтодиагностику
- 4) термодиагностику

158. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КАРИЕСА ЭМАЛИ С ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ПОМОГАЕТ ИЗУЧЕНИЕ АНАМНЕЗА ЖИЗНИ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ

- 1)+ времени, когда появилось поражение
- 2) региона проживания ребенка
- 3) характера вскармливания на первом году жизни
- 4) применения фторидсодержащих зубных паст

159. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПРИ _____ ИССЛЕДОВАНИИ

- 1)+ бактериологическом
- 2) гистологическом
- 3) цитологическом
- 4) биохимическом

160. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРНЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ линия просветления пересекающая корень
- 2) исчезновение периодонтальной щели на всем протяжении корня
- 3) увеличение периодонтальной щели
- 4) уменьшение периодонтальной щели

161. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ И ДОСТУПНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ СЧИТАЮТ МЕТОД

- 1)+ витальной окраски
- 2) визуальный
- 3) рентгенологического исследования
- 4) волоконной оптики

162. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕПОЛНОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО И ПОСТОЯННОГО ЗУБА СО СМЕЩЕНИЕМ В СТОРОНУ СОСЕДНЕГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ _____ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ

- 1)+ расширение; с одной стороны корня и отсутствие на другой
- 2) равномерное расширение
- 3) отсутствие; у верхушки корня
- 4) резкое расширение; у верхушки корня

Тема 6. Некариозные поражения и пороки развития твердых тканей зубов у детей.

1. ВОЗМОЖНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ

- 1)+ пигментированное пятно на эмали одного зуба
- 2) «рифленая» эмаль на всех зубах
- 3) облитерация полостей всех зубов
- 4) пятна на зубах одного периода минерализации

2. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ИМЕЮТСЯ НАРУШЕНИЯ В СТРОЕНИИ

- 1)+ только эмали
- 2) только дентина
- 3) эмали и дентина
- 4) пульпы

3. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ

- 1)+ пигментированное пятно или углубление в эмали одного зуба
- 2) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
- 3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

4. НАЛИЧИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ БЕЛЫХ ПЯТЕН НА ЗУБАХ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ флюороза зубов
- 2) кариеса дентина
- 3) эрозии эмали
- 4) клиновидного дефекта

5. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ МЕЛОВИДНО-КРАПЧАТОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА

- 1)+ белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
- 2) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
- 3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

6. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ФЛЮОРОЗЕ ВОЗНИКАЮТ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ

- 1)+ амелобластов
- 2) одонтобластов
- 3) остеобластов
- 4) фибробластов

7. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ корневые каналы и полости зубов облитерируются
- 2) расширение периодонтальной щели у верхушки корня
- 3) корни зубов нормальной длины
- 4) просвет корневых каналов зубов широкий

8. ЗУБЫ ГЕТЧИНСОНА, ПФЛЮГЕРА, ФУРНЬЕ ЯВЛЯЮТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ

- 1)+ системной гипоплазии эмали
- 2) эндемического флюороза
- 3) патологического стирания эмали
- 4) несовершенного амелогенеза

9. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФЛЮОРОЗА

- 1)+ белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
- 2) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
- 3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- 4) меловидные и пигментированные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

10. ЧТО ОТЛИЧАЕТ ЭРОЗИВНУЮ ФОРМУ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТ ЭРОЗИЙ ЭМАЛИ ЗУБОВ?

- 1)+ симметричность формы и расположения участков поражения на одноименных зубах
- 2) чередование участков с эрозиями и пятнами на разных поверхностях зубов
- 3) атипичное расположение эрозий эмали на зубах
- 4) наличие выраженной гиперестезии твердых тканей зубов

11. ПОРАЖЕНИЕ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОДНОГО СРОКА МИНЕРАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ гипоплазии эмали
- 2) эрозии зубов
- 3) начального кариеса
- 4) клиновидного дефекта

12. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ

- 1)+ бороздчатая
- 2) «рифленая» эмаль
- 3) деструктивная
- 4) меловидно-крапчатая

13. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ОДИН ЗУБ ИЗМЕНЕННОЙ ФОРМЫ

- 1)+ местная гипоплазия
- 2) системная гипоплазия
- 3) флюороз
- 4) тетрациклиновые зубы

14. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА

- 1)+ стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы
- 2) наличие ночных болей с иррадиацией по ветвям тройничного нерва
- 3) «рифленые» зубы
- 4) «гипсовые» зубы

15. ЗУБЫ ГЕТЧИНСОНА, ПФЛЮГЕРА И ФУРНЬЕ ЯВЛЯЮТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ

- 1)+ системной гипоплазии
- 2) эндемического флюороза
- 3) местной гипоплазии
- 4) наследственной патологии

16. ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПОПЛАЗИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ осложненное течение беременности матери
- 2) неудовлетворительная гигиена полости рта
- 3) заболевание ребенка на первом году жизни
- 4) низкое содержание фторидов в питьевой воде

17. ФАКТОРОМ РИСКА ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ осложненное течение родов
- 2) диета, богатая простыми углеводами
- 3) плохая гигиена рта
- 4) высокое содержание фтора в питьевой воде

18. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «НЕСОВЕРШЕННЫЙ ДЕНТИНОГЕНЕЗ» ДОСТАТОЧНО НАЛИЧИЯ

- 1)+ изменений на рентгенограмме
- 2) «гипсового» цвета эмали
- 3) вертикальных борозд от режущего края до шеек зубов
- 4) стираемости эмали и обнажения дентина водянистого цвета

19. ПЯТНА ПРИ ФЛЮОРОЗЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- 1)+ по всей поверхности коронки зуба
- 2) по режущему краю
- 3) в области шейки зуба
- 4) на апроксимальных поверхностях

20. ДЛЯ ШТРИХОВОЙ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ меловидные полосы в подповерхностном слое эмали
- 2) матовая эмаль с пигментированными пятнами
- 3) выраженные меловидные пятна
- 4) чередования пигментированных участков и дефектов эмали

21. ПРИ ФЛЮОРОЗЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ЖАЛОБЫ НА

- 1)+ косметический дефект
- 2) ночные боли в зубах
- 3) боли, иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва
- 4) боли от холодного и горячего

22. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОДОНТОГЕНЕЗЕ (ДИСПЛАЗИЯ КАПДЕПОНА) ПОРАЖЕНЫ

- 1)+ все временные и постоянные зубы
- 2) временные и постоянные моляры
- 3) временные и постоянные резцы
- 4) все временные зубы

23. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ФЛЮОРОЗА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ жаркий климат
- 2) холодный климат
- 3) проживание на горных территориях
- 4) проживание на островных территориях

24. НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ФТОРИДОВ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ ____ МГ/Л

- 1)+ 0,7
- 2) 1,0
- 3) 1,2
- 4) 1,5

25. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА

- 1)+ штриховая
- 2) бороздчатая
- 3) чашеобразная
- 4) аплазия

26. ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ФТОРИДОВ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ СОСТАВЛЯЕТ ____ МГ/Л

- 1)+ 0,7-1,2
- 2) 0,3-0,6
- 3) 1,3-1,5
- 4) 1,6-2,0

27. ФАКТОРОМ РИСКА ФЛЮОРОЗА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высокое содержание фтора в питьевой воде
- 2) диета, богатая простыми углеводами
- 3) плохая гигиена рта
- 4) осложненное течение родов

28. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ НА КОРОНКЕ ЗУБА ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЗАВИСИТ

- 1)+ от возраста, в котором ребенок перенес заболевание
- 2) от срока прорезывания
- 3) от длительности воздействия повреждающего фактора
- 4) от силы воздействия повреждающего фактора

29. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭРОЗИИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ употребление сладких газированных напитков
- 2) неудовлетворительная гигиена полости рта
- 3) повышенное содержание фторидов в воде
- 4) заболевание, перенесенное на первом году жизни

30. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ избыточное содержание фторидов в воде
- 2) недостаточное содержание фтора в воде
- 3) передача патологии по наследству
- 4) заболевание ребенка на первом году жизни

31. СИММЕТРИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ПОРАЖЕНИЯ НА ЗУБАХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ гипоплазии эмали
- 2) эрозии зубов
- 3) начального кариеса
- 4) кариеса дентина

32. У РЕБЁНКА С ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В АНАМНЕЗЕ ВАЖНЫ ДАННЫЕ О

- 1)+ здоровье ребёнка на первом году жизни
- 2) состоянии здоровья матери в период беременности
- 3) работе матери во время беременности на вредном производстве
- 4) здоровье ребёнка на 2-3 годах жизни

33. В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЭМАЛЕВОГО ОРГАНА В ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЯХ ОБРАЗУЕТСЯ КИСТА

- 1)+ зубосодержащая
- 2) радикулярная
- 3) назоальвеолярная
- 4) резцового канала

34. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФЛЮОРОЗА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышенное содержание фторида в воде
- 2) пониженное содержание фторида в воде
- 3) наследственная предрасположенность
- 4) инфекционное заболевание ребенка

35. К ПРИЧИНАМ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

- 1)+ травматическое повреждение зачатка зуба
- 2) кариес временного зуба
- 3) болезни матери во время беременности
- 4) болезни ребенка после рождения

36. ПРИЧИНОЙ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышенное содержание фторидов в питьевой воде
- 2) недостаток кальция в организме ребенка
- 3) инфекционное заболевание ребенка
- 4) недостаток фтора в организме ребенка

37. В ЭНДЕМИЧЕСКИХ ОЧАГАХ ФЛЮОРОЗА КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ СОСТАВЛЯЕТ ____ МГ/Л

- 1)+ Более 1,5
- 2) 0,7-1,2
- 3) 0,3-0,6
- 4) 1,3-1,5

38. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ЯВЛЯЮЩЕЕСЯ НАСЛЕДСТВЕННЫМ

- 1)+ несовершенный амелогенез
- 2) системная гипоплазия
- 3) эндемический флюороз
- 4) тетрациклиновые зубы

39. К НЕКАРИОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ДО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ флюороз
- 2) эрозия
- 3) клиновидный дефект
- 4) повышенное стирание

40. ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДОВ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ

- 1)+ флюороза
- 2) кариеса
- 3) эрозии
- 4) гипоплазии эмали

41. ПЯТНИСТУЮ ФОРМУ ФЛЮОРОЗА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1)+ гипоплазией эмали, с кариесом в стадии пятна
- 2) несовершенным амелогенезом
- 3) клиновидным дефектом
- 4) эрозией эмали

42. СИСТЕМНЫЙ ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ флюорозе
- 2) местной гипоплазии эмали
- 3) среднем кариесе
- 4) кариесе в стадии пятна

43. ДОПУСТИМЫЙ УРОВЕНЬ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ ____ МГ/Л

- 1)+ 1,5
- 2) 1,2
- 3) 1,0
- 4) 0,7

44. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА «НЕСОВЕРШЕННЫЙ ДЕНТИНОГЕНЕЗ» НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1)+ рентгенологическое исследование
- 2) зондирование
- 3) электроодонтодиагностику
- 4) витальное окрашивание эмали

45. ШТРИХОВАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ появлением небольших меловидных полосок-штрихов
- 2) наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок
- 3) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
- 4) на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием

46. ПРОФИЛАКТИКА МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ своевременном лечении молочных зубов
- 2) полноценном питании ребенка на первом году жизни
- 3) замене водоисточника с повышенным содержанием фтора
- 4) проведении реминерализующей терапии

47. ЗУБЫ ГЕТЧИНСОНА – ЭТО ПРОЯВЛЕНИЕ

- 1)+ системной гипоплазии
- 2) местной гипоплазии
- 3) флюороза
- 4) стирания

48. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ

- 1)+ аплазия
- 2) бороздчатая
- 3) чашеобразная
- 4) пятнистая

49. ДЛЯ ДЕСТРУКТИВНОЙ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ обширные эрозии и сколы хрупкой эмали
- 2) меловидные полоски в подповерхностном слое эмали
- 3) матовая эмаль с пигментированными пятнами
- 4) выраженные меловидные пятна

50. К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ флюороз
- 2) периодонтит
- 3) пародонтит
- 4) актиномикоз

51. ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ НАРУШАЕТСЯ ЕЕ СТРОЕНИЕ

- 1)+ в группе зубов одного периода минерализации
- 2) во всех зубах
- 3) в одном зубе
- 4) в рядом расположенных зубах с разными сроками минерализации

52. К НАСЛЕДСТВЕННОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ ОТНОСЯТ

- 1)+ несовершенный амелогенез
- 2) системную гипоплазию
- 3) тетрациклиновые зубы
- 4) местную гипоплазию

53. КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ФЛЮОРОЗА, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО ОБРАЗОВАНИЕ ДЕФЕКТОВ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эрозивная
- 2) бороздчатая
- 3) чашеобразная
- 4) аплазия

54. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОДОНТОГЕНЕЗЕ ПОРАЖЕНЫ

- 1)+ все молочные и все постоянные зубы
- 2) молочные резцы и моляры
- 3) все молочные и постоянные моляры
- 4) все молочные и постоянные резцы

55. К ЖАЛОБАМ ПАЦИЕНТА ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ подвижность зубов
- 2) боли в зубах от холодного
- 3) изменение цвета зубов
- 4) боли от горячего

56. НАРУШЕНИЕ СИНТЕЗА АМЕЛОГЕНИНА ПРИВОДИТ К

- 1)+ несовершенному амелогенезу
- 2) несовершенному дентиногенезу
- 3) дисплазии дентина
- 4) множественному кариесу

57. НАИБОЛЕЕ ЛЕГКОЙ ФОРМОЙ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пятнистая
- 2) чашеобразная
- 3) бороздчатая
- 4) аплазия

58. ОСНОВНОЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ДИАГНОЗ "НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕСОВЕРШЕННЫЙ ДЕНТИНОГЕНЕЗ"

- 1)+ рентгенография
- 2) перкуссия зубов
- 3) зондирование
- 4) электроодонтодиагностика

59. ПРИЧИНОЙ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышенное содержание фтора в воде
- 2) недостаток кальция в организме ребенка
- 3) недостаток фтора в организме ребенка
- 4) инфекционное заболевание ребенка

60. ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ МОЛОЧНОГО ЗУБА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ _____ ПОСТОЯННОГО ЗУБА

- 1)+ местной гипоплазии
- 2) системной гипоплазии
- 3) несовершенного дентиногенеза
- 4) несовершенного амелогенеза

61. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ФЛЮОРОЗА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ пятнистая
- 2) бороздчатая
- 3) чашеобразная
- 4) аплазия

62. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «НЕСОВЕРШЕННЫЙ ДЕНТИНОГЕНЕЗ» ДОСТАТОЧНО НАЛИЧИЯ

- 1)+ изменений на рентгенограмме
- 2) вертикальных борозд от режущего края до шеек зубов
- 3) стираемости эмали и обнажения дентина водянистого цвета
- 4) меловидных пятен в пришеечной области

63. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ОДОНТОДИСПЛАЗИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ стираемость обнаженного дентина без обнажения пульпы
- 2) меловидные пятна на эмали
- 3) боли при накусывании, подвижность зубов
- 4) рифленую эмаль с желтым оттенком

64. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1)+ все молочные и постоянные зубы
- 2) молочные резцы и моляры
- 3) все молочные и постоянные резцы
- 4) все молочные и постоянные моляры

65. ВИД ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ЗУБА, ВЫЗЫВАЮЩЕГО РАЗВИТИЕ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ В ПОСТОЯННОМ ЗУБЕ

- 1)+ вколоченный вывих
- 2) перелом коронки
- 3) полный вывих
- 4) откол эмали

66. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ОДИН ЗУБ ИЗМЕНЕННОЙ ФОРМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ местная гипоплазия
- 2) системная гипоплазия
- 3) флюороз
- 4) синдром Стентона-Капдепона

67. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ НЕСОВЕРШЕННОГО ДЕНТИНОГЕНЕЗА, КОТОРЫЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ

- 1)+ короткие корни, облитерация пульповой камеры и каналов
- 2) удлиненные корни зубов разной групповой принадлежности
- 3) дефекты эмали зубов в виде горизонтальных борозд
- 4) отсутствие патологических изменений в периапикальных тканях

68. КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ чашеобразная
- 2) «рифленая» эмаль
- 3) деструктивная
- 4) меловидно-крапчатая

69. К ПРИЧИНАМ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

- 1)+ травматическое повреждение зачатка зуба
- 2) болезни матери во время беременности
- 3) неудовлетворительную гигиену полости рта
- 4) вредные привычки матери во время беременности

70. К ФАКТОРАМ РИСКА ЭРОЗИЙ ЗУБОВ У ПОДРОСТКОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ расстройства пищевого поведения (анорексия, булимия)
- 2) заболевания мочевыделительной системы
- 3) расстройства аутического спектра
- 4) заболевания сердечно-сосудистой системы

71. КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ деструктивная
- 2) бороздчатая
- 3) чашеобразная
- 4) аплазия

72. КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пятнистая
- 2) «рифленая» эмаль
- 3) деструктивная
- 4) меловидно-крапчатая

73. ДЛЯ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ выраженные меловидные пятна
- 2) меловидные полосы в подповерхностном слое эмали
- 3) чередования пигментированных участков и дефектов эмали
- 4) обширные эрозии и сколы хрупкой эмали

74. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пятно на эмали зуба, белое или желто-коричневое, блестящее
- 2) пятно в пришеечной области, белое, матовое
- 3) горизонтальная бороздка в эмали
- 4) скол эмали с обнажением дентина на группе зубов

75. ФОРМОЙ ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ меловидно-крапчатая
- 2) бороздчатая
- 3) чашеобразная
- 4) аплазия

76. К ОТТЕНКУ ЭМАЛИ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОДОНТОДИСПЛАЗИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ водянисто-сероватый
- 2) гипсовый
- 3) темно-коричневый
- 4) синюшный

77. ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ФЛЮОРОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ избыточном содержании фтора в питьевой воде
- 2) передаче патологии по наследству
- 3) недостаточном содержании фтора в питьевой воде
- 4) отсутствии фтора в питьевой воде

78. ПРИЧИНОЙ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышенное содержание фторида в питьевой воде
- 2) недостаток фтора в организме ребенка
- 3) инфекционное заболевание ребенка на первом году жизни
- 4) недостаток кальция в организме ребенка

79. ДЕФЕКТЫ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПРИ ФЛЮОРОЗЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ ФОРМЕ

- 1)+ эрозивной
- 2) пятнистой
- 3) штриховой
- 4) слабой

80. ЭРОЗИВНАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием
- 2) появлением небольших меловидных полосок-штрихов
- 3) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
- 4) наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок

81. К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЭМАЛИ ПРИ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБАХ ОТНОСЯТ

- 1)+ окрашивание коронок зубов в желтый цвет
- 2) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
- 3) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 4) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

82. НАИБОЛЕЕ ЛЕГКОЙ ФОРМОЙ ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пятнистая
- 2) бороздчатая
- 3) чашеобразная
- 4) аплазия

83. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОТЛИЧИТЬ ЕГО ОТ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обнаружение пятен сразу после прорезывания зуба
- 2) локализация пятен в местах ретенции зубного налета
- 3) цвет и количество пятен
- 4) локализация пятен в подповерхностном слое эмали

84. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ деструктивная
- 2) бороздчатая
- 3) чашеобразная
- 4) аплазия

85. ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕБЕНКА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ ДАЮТ РАЗВИТИЕ ГИПОПЛАЗИИ В ОБЛАСТИ

- 1)+ режущего края центральных резцов и бугров первых моляров
- 2) режущего края вторых резцов и клыков
- 3) жевательной поверхности первых премоляров
- 4) жевательной поверхности вторых премоляров

86. ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ НА ЭМАЛИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ вертикальные борозды от режущего края до шеек всех зубов
- 2) горизонтальные борозды, параллельные режущему краю зубов одного периода минерализации
- 3) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
- 4) меловые пятна в пришеечной области зубов разного периода минерализации

87. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ИЗ СЕБЯ

- 1)+ вертикальные борозды от режущего края до шеек зубов
- 2) горизонтальные борозды, параллельно режущему краю на группе зубов одного периода минерализации
- 3) эмаль стирается, обнаженный дентин водянистого цвета
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

88. К ФАКТОРАМ РИСКА ЭРОЗИЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ заболевания желудочно-кишечного тракта
- 2) гипопитуитаризм
- 3) расстройства аутического спектра
- 4) заболевания сердечно-сосудистой системы

89. ПРИЧИНОЙ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ, КЛЫКОВ И ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ заболевание ребенка на 1-м году жизни
- 2) заболевание матери во время беременности
- 3) прием ребенком больших доз антибиотиков в 5-летнем возрасте
- 4) неполноценное питание

90. ТЕТРАЦИКЛИНОВОЕ ОКРАШИВАНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1)+ приема тетрациклина в период минерализации зубов
- 2) наследственной патологии твердых тканей
- 3) травматических повреждений зубов
- 4) нарушения микроэлементного состава воды

91. К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ несовершенный дентиногенез
- 2) системную гипоплазию эмали
- 3) эндемический флюороз
- 4) некроз эмали

92. ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОДОНТОДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА

- 1)+ стираемость твердых тканей зубов, уменьшение размера зубов
- 2) подвижность интактных зубов
- 3) образование желто-коричневых пятен на эмали зубов
- 4) потерю блеска, гипсовость эмали

93. К ХАРАКТЕРНЫМ ЖАЛОБАМ ПАЦИЕНТА ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ боли при накусывании
- 2) боли в зубах от холодного
- 3) изменение цвета зубов
- 4) боли от горячего

94. «ГИПСОВЫЕ ЗУБЫ» ЯВЛЯЮТСЯ ОДНИМ ИЗ СИМПТОМОВ

- 1)+ несовершенного амелогенеза зубов
- 2) флюороза
- 3) гипоплазии эмали
- 4) несовершенного дентиногенеза

95. СИНОДОНТИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ _____ ЗУБОВ

- 1)+ сращением
- 2) расщеплением
- 3) инвагинацией
- 4) выпячиванием

96. ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ЭМАЛЬ ЗУБОВ

- 1)+ с вертикальными бороздами от режущего края до шеек зубов
- 2) стирается, обнажая дентин водянистого цвета
- 3) с белыми пятнами и крапинками
- 4) с меловидными пятнами в пришеечной области зубов разного срока минерализации

97. К ПРИЧИНАМ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ болезни матери во второй половине беременности
- 2) заболевание ребенка на 2-3 году жизни
- 3) травму молочных зубов
- 4) искусственное вскармливание ребенка

98. К ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПОПЛАЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ нарушение внутриутробного развития зубочелюстной системы
- 2) пониженное содержание фтора в питьевой воде
- 3) замедленное прорезывание зубов
- 4) кариесогенные факторы

99. АНОМАЛИЯ РАЗМЕРА И ФОРМЫ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ СЛИЯНИЕ ДВУХ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ синодентия
- 2) шизодентия
- 3) тауродонтизм
- 4) зуб Гетчинсона

100. К ОДНОМУ ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА ОТНОСЯТ

- 1)+ горизонтальные движения зубной щёткой
- 2) чрезмерное употребление углеводов
- 3) повышенное содержание фторида в питьевой воде
- 4) неудовлетворительную гигиену полости рта

101. К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ несовершенное строение эмали и дентина
- 2) тетрациклиновые зубы
- 3) системная гипоплазия эмали
- 4) местная гипоплазия эмали

102. УМЕНЬШЕНИЕ МЕЗИОДИСТАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ микродентия
- 2) гиподентия
- 3) гиперодентия
- 4) транспозиция

103. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОДОНТОГЕНЕЗЕ (ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА) ПОРАЖАЮТСЯ

- 1)+ все молочные и постоянные зубы
- 2) молочные и постоянные моляры
- 3) молочные и постоянные резцы
- 4) только постоянные зубы

104. ОКРАШИВАНИЕ ЗУБОВ ВЫЗЫВАЕТ

- 1)+ тетрациклин
- 2) димедрол
- 3) анальгин
- 4) хлорид кальция

105. МАКРОДЕНТИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК АНОМАЛИЯ

- 1)+ размера
- 2) формы
- 3) положения
- 4) количества

106. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ФЛЮОРОЗА СЧИТАЮТ

- 1)+ избыточное содержание фтора в питьевой воде
- 2) наследственность
- 3) недостаточное содержание фтора в питьевой воде
- 4) отсутствие фтора в питьевой воде

107. ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЧАЩЕ ПОРАЖЕНЫ

- 1)+ группы зубов одного периода минерализации
- 2) молочные резцы
- 3) постоянные премоляры
- 4) все постоянные зубы

108. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ИМЕЮТСЯ НАРУШЕНИЯ В СТРОЕНИИ

- 1)+ эмали
- 2) дентина
- 3) пульпы
- 4) цемента

109. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭРОЗИИ ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки
- 2) дефект твёрдых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
- 3) дефект в форме клина у шеек зубов на щёчных губных поверхностях
- 4) потерю блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта

110. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ПОРАЖЕНЫ

- 1)+ зачатки всех зубов
- 2) моляры временных зубов
- 3) все молочные зубы
- 4) постоянные резцы

111. ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышенное содержание фторида в питьевой воде
- 2) низкое содержание фторида в питьевой воде
- 3) наследственная предрасположенность
- 4) алиментарный дефицит кальция

112. МЕСТНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1)+ травматического повреждения зачатка зуба
- 2) болезни матери во время беременности
- 3) болезни ребенка после рождения
- 4) вредных привычек матери во время беременности

113. ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ

- 1)+ зачатки всех зубов
- 2) моляры временных зубов
- 3) все молочные зубы
- 4) постоянные резцы

114. К ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ изменение окраски зубов, облитерацию корневых каналов
- 2) наличие ночных болей
- 3) кариозные полости
- 4) болезненность при накусывании на зуб

115. ОДИН ЗУБ ИЗМЕНЕННОЙ ФОРМЫ ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ местной гипоплазии
- 2) флюорозе
- 3) системной гипоплазии
- 4) синдроме Стентона – Капдепона

116. ЗУБЫ ФУРНЬЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ бочкообразной формой резцов верхней и нижней челюсти
- 2) слаборазвитыми конвергирующими буграми постоянных моляров, конусовидной формой коронки
- 3) дефектом эмали в виде чашеобразного углубления с гладкими стенками и дном
- 4) единичными меловидными пятнами на вестибулярной поверхности зубов

117. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА — НЕСОВЕРШЕННЫЙ ДЕНТИНОГЕНЕЗ ДОСТАТОЧНО НАЛИЧИЯ

- 1)+ изменений на рентгенограмме
- 2) вертикальных борозд от режущего края до шеек зубов
- 3) стираемости эмали и обнажения дентина водянистого цвета
- 4) меловидных пятен в пришеечной области

118. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В ВИДЕ

- 1)+ облитерированных полости зуба и корневых каналов
- 2) расширенных полости зуба и просвета каналов зуба
- 3) коротких корней, широких каналов
- 4) расширения периодонтальной щели

119. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ФЛЮОРОЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ меловидно-крапчатую
- 2) чашеобразную
- 3) бороздчатую
- 4) «гипсовые» зубы

120. ПО НАСЛЕДСТВУ ПЕРЕДАЕТСЯ

- 1)+ синдром Стейнтон-Капдепона
- 2) гипоплазия
- 3) налет Пристли
- 4) флюороз

121. К ПРИЧИНАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ЭРОЗИЮ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ОТНОСЯТ

- 1)+ поверхностную деминерализацию вследствие действия кислот
- 2) врождённую неполноценность твёрдых тканей зубов
- 3) частичную потерю зубов
- 4) бруксизм

122. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ИМЕЮТСЯ НАРУШЕНИЯ В СТРОЕНИИ

- 1)+ только эмали
- 2) только дентина
- 3) нарушение пульпы
- 4) облитерация полости зуба и корневых каналов

123. К НЕКАРИОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА, ВОЗНИКАЮЩИМ ПОСЛЕ ЕГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ, ОТНОСЯТ

- 1)+ отлом коронки в результате травмы
- 2) гипоплазию эмали
- 3) несовершенный амелогенез
- 4) тетрациклиновое окрашивание

124. В КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 ВЫДЕЛЯЮТ _____ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА

- 1)+ очень лёгкую, лёгкую, умеренную, средней тяжести, тяжёлую
- 2) пятнистую, штриховую, меловидно-крапчатую, эрозивную, деструктивную
- 3) точечную, волнистую, чашеобразную
- 4) активную, стабилизированную

125. ПРИ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБАХ КЛИНИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- 1)+ окрашивание коронок зубов в желтый цвет
- 2) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
- 3) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 4) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

126. СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1)+ болезней ребенка после рождения
- 2) травматических повреждений молочных зубов
- 3) нарушения состава микроэлементов в воде
- 4) множественного кариеса молочных зубов

127. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ дефект в форме клина у шеек зубов на щёчных и губных поверхностях
- 2) дефект твёрдых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
- 3) овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки
- 4) потерю блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта

128. ПРИЧИНОЙ, ПРИВОДЯЩЕЙ К МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ периодонтит молочного зуба
- 2) средний кариес
- 3) неполный вывих
- 4) острый частичный пульпит

129. К ПРИЧИННЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ НЕСОВЕРШЕННОГО ОДОНТОГЕНЕЗА (ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА) ОТНОСЯТ

- 1)+ передачу патологии твердых тканей по наследству
- 2) хронический периодонтит молочного зуба
- 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- 4) вколоченный вывих молочных зубов

130. К КЛИНИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба
- 2) окрашивание коронок зубов в жёлтый цвет
- 3) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разных периодов минерализации

131. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ДО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ОТНОСЯТ

- 1)+ флюороз
- 2) клиновидный дефект
- 3) начальный кариес
- 4) эрозию зубов

132. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА НА ПОСТОЯННОМ ЗУБЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

- 1)+ местная гипоплазия эмали
- 2) системная гипоплазия эмали
- 3) несовершенный амелогенез
- 4) несовершенный одонтогенез

133. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА, ОТНОСЯТ

- 1)+ стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы
- 2) наличие ночных болей
- 3) «рифленные» зубы
- 4) «гипсовые» зубы

134. ПОРАЖЕНИЕ ЗУБОВ ОДНОГО СРОКА МИНЕРАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ

- 1)+ гипоплазии эмали
- 2) эрозии зубов
- 3) начального кариеса
- 4) клиновидного дефекта

135. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА, СЧИТАЮТ

- 1)+ стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы
- 2) наличие ночных болей
- 3) «рифленные» зубы
- 4) «гипсовые» зубы

136. ОСНОВНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЭРОЗИИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ, ОТЛИЧАЮЩИМ ЕЁ ОТ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ форма дефекта
- 2) окрашивание метиленовым синим
- 3) болезненное зондирование
- 4) положительная холодовая проба

137. НЕДОРАЗВИТИЕ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ

- 1)+ Стентона-Капдепона
- 2) эктодермальной дисплазии
- 3) Мелькерсона-Розенталя
- 4) кошачьего крика

138. К ПРИЧИНАМ ГИПОПЛАЗИИ ТКАНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ нарушение внутриутробного развития зубочелюстной системы
- 2) замедленное прорезывание зубов
- 3) кариесогенные факторы
- 4) отягощенную наследственность

139. ОДИН ЗУБ ИЗМЕНЕННОЙ ФОРМЫ ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ местной гипоплазии
- 2) системной гипоплазии
- 3) флюорозе
- 4) тетрациклиновых зубах

140. НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дисплазия Капдепона
- 2) флюороз
- 3) местная гипоплазия
- 4) системная гипоплазия

141. К НЕКАРИОЗНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ несовершенное развитие дентина
- 2) периодонтит
- 3) пародонтит
- 4) пародонтолиз

142. ОТВЕРТКООБРАЗНАЯ ИЛИ БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА КОРОНКИ И ПОЛУЛУННАЯ ВЫЕМКА НА РЕЖУЩЕМ КРАЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЗУБОВ

- 1)+ Гетчинсона
- 2) Пфлюгера
- 3) Фурнье
- 4) Тернера

143. К МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ПРИВОДЯТ

- 1)+ воспаление от корней молочных зубов и вколоченный вывих молочного зуба
- 2) общие заболевания ребенка на первом году жизни
- 3) общие заболевания матери во время беременности
- 4) заболевания матери на первом году жизни ребенка

144. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ DEAN ДЛЯ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ обширные коричневые пятна, сливающиеся эрозии, сколы эмали, поражение всей коронки зуба
- 2) меловидно-белый цвет всей поверхности эмали, коричневые пятна неправильной формы
- 3) хаотично расположенные маленькие непрозрачные белые пятна, занимающие менее 25% поверхности зуба
- 4) обширные непрозрачные белые пятна, занимающие не более 50% поверхности зуба

145. К ПРИЗНАКУ НЕСОВЕРШЕННОГО РАЗВИТИЯ ЭМАЛИ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ частичное или полное отсутствие эмали на всех зубах
- 2) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного периода минерализации
- 3) горизонтальные борозды на вестибулярной поверхности зубов одного периода минерализации
- 4) белые пятна и крапинки на разных поверхностях всех зубов

146. КОРОНКИ ЗУБОВ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ

- 1)+ нормальной формы и размера
- 2) меньше нормального размера
- 3) больше нормального размера
- 4) имеют аномальную форму

147. ПРИ БОРОЗДЧАТОЙ ФОРМЕ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ БОРОЗДЫ НА ЭМАЛИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ РАСПОЛОЖЕНЫ ЧАЩЕ НА

- 1)+ вестибулярной поверхности зубов параллельно режущему краю
- 2) вестибулярной поверхности зубов в вертикальном направлении
- 3) оральной поверхности зубов в вертикальном направлении
- 4) оральной поверхности зубов в пришеечной области

148. ПРИ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЕ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПАЦИЕНТЫ ЖАЛУЮТСЯ НА

- 1)+ эстетические нарушения
- 2) боль от температурных раздражителей
- 3) боль от химических раздражителей
- 4) невозможность откусывания пищи

149. ПЯТНИСТУЮ ФОРМУ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1)+ легкой формой флюороза
- 2) несовершенным дентиногенезом
- 3) несовершенным одонтогенезом
- 4) кариесом дентина

150. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЯТЕН НА ПОВЕРХНОСТЯХ

- 1)+ вестибулярных ближе к окклюзионной поверхности
- 2) вестибулярных в пришеечной области
- 3) апроксимальных в области экватора
- 4) оральных в пришеечной области

151. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЫ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ С

- 1)+ кариесом эмали
- 2) несовершенным дентиногенезом
- 3) несовершенным одонтогенезом
- 4) кариесом дентина

152. СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ, В АНАМНЕЗЕ КОТОРЫХ

- 1)+ врожденные заболевания сердечно-сосудистой системы
- 2) гнойно-септические состояния у ребенка на втором году жизни
- 3) неполноценное питание на третьем году жизни
- 4) аллергические заболевания и нейродермит

153. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОДОНТОГЕНЕЗЕ ИМЕЮТСЯ НАРУШЕНИЯ В СТРОЕНИИ

- 1)+ эмали и дентина
- 2) дентина
- 3) эмали
- 4) дентина и цемента

154. ПРИ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЕ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ

- 1)+ патологические изменения твердых тканей зубов отсутствуют
- 2) ограниченные полосы просветления на зубах одного срока минерализации, расположенные горизонтально
- 3) короткие корни, облитерация пульповой камеры и каналов всех зубов
- 4) ограниченные полосы просветления на зубах разного срока минерализации, расположенные вертикально

155. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ПОРАЖЕНЫ

- 1)+ все временные и постоянные зубы
- 2) временные и постоянные моляры
- 3) временные и постоянные резцы
- 4) постоянные резцы, клыки и первые моляры

156. ПРИ ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА ПРОНИЦАЕМОСТЬ ПЯТЕН ДЛЯ КРАСИТЕЛЯ ПРИ ВИТАЛЬНОМ ОКРАШИВАНИИ 2% РАСТВОРОМ МЕТИЛЕНОВОГО СИНЕГО

- 1)+ не увеличена
- 2) увеличена значительно
- 3) снижена значительно
- 4) увеличена незначительно

157. НЕКАРИОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ПОСТУПЛЕНИИ ФТОРИДОВ В ОРГАНИЗМ В ПЕРИОД ФОРМИРОВАНИЯ ЗУБОВ

- 1)+ эндемический флюороз
- 2) системная гипоплазия эмали
- 3) тетрациклиновые зубы
- 4) эктодермальная дисплазия

158. ПЯТНИСТУЮ ФОРМУ ФЛЮОРОЗА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ

- 1)+ кариеса эмали
- 2) несовершенного дентиногенеза
- 3) несовершенного одонтогенеза
- 4) кариеса дентина

159. НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЗУБОВ – ГРУППА ЗАБОЛЕВАНИЙ, В КОТОРУЮ ВХОДИТ

- 1)+ гипоплазия эмали
- 2) флюороз зубов
- 3) эрозия зубов
- 4) повышенное стирание зубов

160. ПРИ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА ПАЦИЕНТЫ ЖАЛУЮТСЯ НА

- 1)+ эстетические нарушения
- 2) боль от температурных раздражителей
- 3) боль от химических раздражителей
- 4) невозможность откусывания пищи

161. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ DEAN ДЛЯ СЛАБОЙ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ обширные непрозрачные белые пятна, занимающие не более 50% поверхности зуба
- 2) слабые очаги помутнения эмали, от нескольких беловатых прожилок до хаотично расположенных белых пятнышек
- 3) хаотично расположенные маленькие непрозрачные белые пятна, занимающие менее 25% поверхности зуба
- 4) коричневые пятна неправильной формы, меловидно-белый цвет всей поверхности эмали

162. НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ несовершенный одонтогенез
- 2) системная гипоплазия
- 3) эндемический флюороз
- 4) тетрациклиновые зубы

163. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ DEAN ПОРАЖЕНИЕ ВСЕЙ КОРОНКИ ЗУБА, ОБШИРНЫЕ КОРИЧНЕВЫЕ ПЯТНА, СЛИВАЮЩИЕСЯ ЭРОЗИИ, СКОЛЫ ЭМАЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА

- 1)+ тяжелой
- 2) очень слабой
- 3) слабой
- 4) умеренной

164. МЕЛОВИДНЫЕ И ТЕМНО-КОРИЧНЕВЫЕ ПЯТНА, НЕБОЛЬШИЕ ОКРУГЛЫЕ ДЕФЕКТЫ ЭМАЛИ КОРИЧНЕВОГО ЦВЕТА НА ВСЕХ ЗУБАХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ _____ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА

- 1)+ меловидно-крапчатой
- 2) эрозивной
- 3) штриховой
- 4) пятнистой

165. К ОДНОМУ ИЗ ПРИЗНАКОВ НЕСОВЕРШЕННОГО АМЕЛОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ нарушение естественной прозрачности эмали – гипсовые зубы
- 2) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного периода минерализации
- 3) горизонтальные борозды на вестибулярной поверхности зубов одного периода минерализации
- 4) белые пятна и крапинки на разных поверхностях всех зубов

166. ПО КЛАССИФИКАЦИИ DEAN НАЛИЧИЕ КОРИЧНЕВЫХ ПЯТЕН НА ЗУБАХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ФЛЮОРОЗА

- 1)+ умеренной
- 2) сомнительной
- 3) слабой
- 4) тяжелой

167. К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ несовершенный дентиногенез
- 2) системная гипоплазия
- 3) эндемический флюороз
- 4) тетрациклиновые зубы

168. ЭМАЛЬ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ

- 1)+ нормального цвета и толщины на всех зубах
- 2) с вертикальными бороздами на зубах разного периода минерализации
- 3) с горизонтальными бороздами на зубах одного периода минерализации
- 4) частично или полностью отсутствует на всех зубах

169. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ DEAN ОБШИРНЫЕ НЕПРОЗРАЧНЫЕ БЕЛЫЕ ПЯТНА, ЗАНИМАЮЩИЕ НЕ БОЛЕЕ 50% ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА

- 1)+ слабой
- 2) тяжелой
- 3) очень слабой
- 4) умеренной

170. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение минерализации эмали
- 2) действие кислот
- 3) токсическое действие фторидов
- 4) истирание эмали

171. ПРИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПАЦИЕНТЫ ЖАЛУЮТСЯ НА

- 1)+ боль от температурных и химических раздражителей
- 2) появление свищей в проекция верхушек корней интактных зубов
- 3) подвижность интактных зубов
- 4) стирание зубов до уровня десны

172. ПРИ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ

- 1)+ патологические изменения твердых тканей зубов отсутствуют
- 2) ограниченные полосы просветления на зубах одного срока минерализации, расположенные горизонтально
- 3) короткие корни, облитерация пульповой камеры и каналов всех зубов
- 4) ограниченные полосы просветления на зубах разного срока минерализации, расположенные вертикально

173. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ПОРАЖЕНЫ

- 1)+ все временные и постоянные зубы
- 2) временные и постоянные моляры
- 3) временные и постоянные резцы
- 4) постоянные резцы, клыки и первые моляры

174. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ОТНОСЯТ

- 1)+ хронический периодонтит временного моляра
- 2) неудовлетворительную гигиену полости рта
- 3) заболевания ребенка на первом году жизни
- 4) заболевания матери в период беременности

175. ПРИ БОРОЗДЧАТОЙ ФОРМЕ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ

- 1)+ ограниченные полосы просветления на зубах одного срока минерализации, расположенные горизонтально
- 2) отсутствие патологических изменений твердых тканей зубов
- 3) ограниченные полосы просветления на зубах разного срока минерализации, расположенные вертикально
- 4) короткие корни, облитерация пульповой камеры и каналов всех зубов

176. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ DEAN ДЛЯ СОМНИТЕЛЬНОЙ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ слабые очаги помутнения эмали, от нескольких беловатых прожилок до хаотично расположенных белых пятнышек
- 2) хаотично расположенные маленькие непрозрачные белые пятна, занимающие менее 25% поверхности зуба
- 3) обширные непрозрачные белые пятна, занимающие не более 50% поверхности зуба
- 4) коричневые пятна неправильной формы, меловидно-белый цвет всей поверхности эмали

177. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ СЛАБОЙ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА ПРОВОДЯТ С

- 1)+ системной гипоплазией эмали
- 2) несовершенным дентиногенезом
- 3) несовершенным одонтогенезом
- 4) кариесом дентина

178. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОЧЕНЬ СЛАБОЙ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА ПРОВОДЯТ С

- 1)+ системной гипоплазией эмали
- 2) несовершенным дентиногенезом
- 3) несовершенным одонтогенезом
- 4) кариесом дентина

179. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ порок сердца у матери
- 2) перенесенная ребенком пневмония на втором году жизни
- 3) перенесенный ребенком рахит
- 4) заболевание ЛОР-органов у матери

180. СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ, В АНАМНЕЗЕ КОТОРЫХ

- 1)+ тяжелые диспептические нарушения на первом году жизни
- 2) хронический ринит
- 3) неполноценное питание после трехлетнего возраста
- 4) родовая травма

181. ПЯТНИСТУЮ ФОРМУ ФЛЮОРОЗА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1)+ системной гипоплазией эмали
- 2) несовершенным дентиногенезом
- 3) несовершенным одонтогенезом
- 4) кариесом дентина

182. УПОТРЕБЛЕНИЕ ПОДРОСТКАМИ СЛАДКИХ ГАЗИРОВАННЫХ НАПИТКОВ ПОВЫШАЕТ РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ

- 1)+ эрозии зубов
- 2) флюороза
- 3) гингивита
- 4) стоматита

183. ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА И ФОРМЫ ЗУБОВ ЗА СЧЕТ ОБШИРНЫХ И ГЛУБОКИХ ЭРОЗИЙ, ИНТЕНСИВНАЯ СТИРАЕМОСТЬ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА, СКОЛЫ ЭМАЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ_____ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА

- 1)+ деструктивной
- 2) пятнистой
- 3) меловидно-крапчатой
- 4) эрозивной

184. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ DEAN СЛАБЫЕ ОЧАГИ ПОМУТНЕНИЯ ЭМАЛИ ОТ НЕСКОЛЬКИХ БЕЛОВАТЫХ ПРОЖИЛОК ДО ХАОТИЧНО РАСПОЛОЖЕННЫХ БЕЛЫХ ПЯТНЫШЕК ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА

- 1)+ сомнительной
- 2) слабой
- 3) умеренной
- 4) тяжелой

185. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ФЛЮОРОЗА У ДЕТЕЙ ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- 1)+ Dean
- 2) CPI
- 3) DAI
- 4) ИГР-У

186. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ токсическое действие фторидов
- 2) действие кислот
- 3) истирание эмали
- 4) нарушение минерализации эмали

187. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ МОЖНО СЧИТАТЬ

- 1)+ инфекционные заболевания матери во время беременности
- 2) гнойно-септические состояния у ребенка на втором году жизни
- 3) неполноценное питание в первые три года жизни
- 4) аллергические заболевания ребенка

188. СЛАБОЗАМЕТНЫЕ МЕЛОВИДНЫЕ ПОЛОСКИ НА ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ _____ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА

- 1)+ штриховой
- 2) пятнистой
- 3) меловидно-крапчатой
- 4) эрозивной

189. ПОРАЖЕНИЕ ЗУБОВ ОДНОГО ПЕРИОДА МИНЕРАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ системной гипоплазии эмали
- 2) очаговой гипоплазии эмали
- 3) легкой формы флюороза
- 4) несовершенного амелогенеза

190. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ DEAN ДЛЯ ОЧЕНЬ СЛАБОЙ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ хаотично расположенные маленькие непрозрачные белые пятна, занимающие менее 25% поверхности зуба
- 2) слабые очаги помутнения эмали, от нескольких беловатых прожилок до хаотично расположенных белых пятнышек
- 3) обширные непрозрачные белые пятна, занимающие не более 50% поверхности зуба
- 4) коричневые пятна неправильной формы, меловидно-белый цвет всей поверхности эмали

191. СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ токсикозе второй половины беременности
- 2) гнойно-септических состояниях у ребенка в конце первого года жизни
- 3) неполноценном питании на втором году жизни
- 4) наследственных нарушениях развития эмали

192. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ DEAN ХАОТИЧНО РАСПОЛОЖЕННЫЕ МАЛЕНЬКИЕ НЕПРОЗРАЧНЫЕ БЕЛЫЕ ПЯТНА, ЗАНИМАЮЩИЕ МЕНЕЕ 25% ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА

- 1)+ очень слабой
- 2) умеренной
- 3) тяжелой
- 4) слабой

193. К ЗАБОЛЕВАНИЮ, ВОЗНИКАЮЩЕМУ ДО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ гипоплазию эмали
- 2) клиновидный дефект
- 3) начальный кариес
- 4) эрозию зубов

194. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТ

- 1)+ корневые каналы зубов облитерированы вскоре после прорезывания зуба, корни укорочены
- 2) разрежение костной ткани округлой формы у верхушек корней всех зубов
- 3) широкий просвет корневого канала
- 4) отсутствие изменений

195. НЕКАРИОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА, ПРИ КОТОРОМ ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ОДИН ЗУБ ИЗМЕНЕННОЙ ФОРМЫ, НАЗЫВАЮТ

- 1)+ местной гипоплазией
- 2) флюорозом
- 3) системной гипоплазией
- 4) истиранием твердых тканей зуба (клиновидный дефект)

196. ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА ВОЗНИКАЕТ

- 1)+ кариес
- 2) несовершенный амелогенез
- 3) флюороз
- 4) гипоплазия эмали

197. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОДОНТОГЕНЕЗЕ (ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА) ПОРАЖЕНЫ

- 1)+ все временные и постоянные зубы
- 2) временные и постоянные резцы
- 3) временные и постоянные моляры
- 4) временные зубы

198. К ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

- 1)+ периодонтит временного зуба
- 2) болезни матери во время беременности
- 3) болезни ребенка после рождения
- 4) врожденный сифилис

199. ДИАГНОЗ «НЕСОВЕРШЕННЫЙ ДЕНТИНОГЕНЕЗ» ПОДТВЕРЖДАЕТ

- 1)+ рентгенологическое исследование
- 2) элетроодонтодиагностика
- 3) витальное окрашивание эмали
- 4) зондирование

200. К РАЦИОНАЛЬНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОПЛАЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ПОСТОЯННЫХ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ ОТНОСЯТ

- 1)+ пломбирование дефектов стеклоиономерными цементами
- 2) протезирование фарфоровыми коронками
- 3) протезирование пластмассовыми коронками
- 4) пломбирование дефектов силикатными цементами

201. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА

- 1)+ генетика
- 2) невролога
- 3) аллерголога
- 4) иммунолога

202. МЕСТНОЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПЯТИСТОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ реминерализующую терапию
- 2) глубокое фторирование
- 3) аппликации диамин-фторида серебра
- 4) аппликации антисептических препаратов

203. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

- 1)+ пигментированное пятно на эмали
- 2) «рифлёные» зубы
- 3) облитерацию полости зуба
- 4) поражение эмали всех моляров и фронтальных зубов

204. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ВЫЯВЛЯЮТ

- 1)+ облитерацию корневых каналов и полостей зубов вскоре после прорезывания зуба
- 2) расширение периодонтальной щели у верхушки корня
- 3) корни зубов нормальной длины
- 4) широкий просвет корневого канала

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

- 1)+ болезней ребёнка после рождения
- 2) травматических повреждений молочных зубов
- 3) нарушения состава микроэлементов в воде
- 4) множественного кариеса молочных зубов

206. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ФЛЮОРОЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
- 2) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- 3) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 4) борозды, параллельные режущему краю

207. К ПРИЧИННЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ НЕСОВЕРШЕННОГО ОДОНТОГЕНЕЗА (ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА) ОТНОСЯТ

- 1)+ передачу патологии твёрдых тканей по наследству
- 2) хронический периодонтит молочного зуба
- 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- 4) вколоченный вывих молочных зубов

208. ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ ГИДРОКСИДА ОСНОВАНО НА

- 1)+ создании щелочной среды
- 2) создании кислой среды
- 3) активации простогландинов
- 4) активации ферментов

209. К ОСНОВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ эндодонтическое лечение после завершения формирования корня зуба
- 2) реставрацию зубов стандартными защитными коронками
- 3) удаление зуба и рациональное протезирование
- 4) восстановление анатомической формы коронки зуба с помощью композитов

210. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛОМБИРОВАНИЯ ЭРОЗИИ ЗУБОВ ТРЕБУЕТ

- 1)+ реминерализующей терапии
- 2) использования пломбировочных материалов без предварительного протравливания
- 3) препарирования только твердосплавными борами
- 4) более длительного протравливания поверхности эрозии, чем при кариесе

211. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ изменение цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба
- 2) окрашивание коронок зубов в жёлтый цвет
- 3) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

212. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА

- 1)+ генетика
- 2) невролога
- 3) аллерголога
- 4) иммунолога

213. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОДОНТОГЕНЕЗЕ НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА

- 1)+ генетика
- 2) невролога
- 3) аллерголога
- 4) иммунолога

214. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ПРИ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБАХ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ окрашивание коронок зубов в жёлтый цвет
- 2) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
- 3) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 4) стирание твёрдых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

215. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ вертикальные борозды от режущего края до шеек зубов
- 2) стирающуюся эмаль, обнажённый дентин водянистого цвета
- 3) наличие белых пятен и крапинок
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

216. МЕСТНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ НА СТАДИИ НЕЗАКОНЧЕННОГО СОЗРЕВАНИЯ ЗУБОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРОВЕДЕНИИ

- 1)+ реминерализующей терапии
- 2) удаления причинных зубов
- 3) химического отбеливания
- 4) метода микроабразии

217. ИЗ АНАМНЕЗА РЕБЕНКА С ГИПОПЛАЗИЕЙ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ НА

- 1)+ здоровье ребенка на первом году жизни
- 2) состояние здоровья матери в период беременности
- 3) характер течения родов
- 4) наличие у матери профессиональных вредностей

218. ПРЯМЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ СВЕРХКОМПЛЕКТНОГО ЗУБА СЛУЖИТ

- 1)+ задержка прорезывания или дистопия комплектного зуба
- 2) несоответствие формы коронки сверхкомплектного зуба групповой принадлежности (резцам)
- 3) несоответствие степени сформированности зуба возрасту ребенка
- 4) определение его наличия методом рентгенографии

219. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С НЕЗАКОНЧЕННЫМИ ПРОЦЕССАМИ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ЗУБОВ ПРИ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЕ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ

- 1)+ профессиональную гигиену
- 2) химическое отбеливание
- 3) рациональное протезирование
- 4) реставрации зубов композитами

220. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТОДИКИ МИКРОАБРАЗИИ ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КИСЛОТА

- 1)+ соляная
- 2) ортофосфорная
- 3) серная
- 4) пировиноградная

221. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА У ДЕТЕЙ С СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ НЕ РЕЖЕ ЧЕМ 1 РАЗ В

- 1)+ 4-6 месяцев
- 2) месяц
- 3) 1-2 года
- 4) год

222. ПРИ ЭРОЗИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ЭМАЛИ ПРИ ФЛЮОРОЗЕ У ДЕТЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ

- 1)+ реставрации композитными материалами
- 2) аппликации диамин-фторида серебра
- 3) микроабразию
- 4) отбеливание

223. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ профилактическом, эндодонтическом лечении после завершения формирования корня зуба по показаниям
- 2) пломбировании кариозных полостей
- 3) шинировании зубов
- 4) восстановлении анатомической формы коронки зуба с помощью композитов

224. К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1)+ несовершенный амелогенез
- 2) системную гипоплазию
- 3) тетрациклиновые зубы
- 4) местную гипоплазию

225. К ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СВОЙСТВАМ СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА ОТНОСЯТ

- 1)+ профилактическое действие за счет выделения фторидов
- 2) низкую устойчивость к истиранию
- 3) короткое «рабочее» время
- 4) низкую прочность на диаметрально растяжение

226. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МЕТОДИКИ МИКРОАБРАЗИИ ПРИ ФЛЮОРОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ _____ НА ЭМАЛИ

- 1)+ поверхностные коричневые пятна
- 2) поверхностные дефекты глубиной 1 мм
- 3) поверхностные дефекты глубиной 2 мм
- 4) беловатые прожилки и штрихи

227. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- 2) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
- 3) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 4) стирание твёрдых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

228. К ПРИЧИНАМ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

- 1)+ травматическое повреждение зачатка зуба
- 2) болезни матери во время беременности
- 3) болезни ребёнка после рождения
- 4) вредные привычки матери во время беременности

229. МЕСТНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЕ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ НА СТАДИИ НЕЗАКОНЧЕННОГО СОЗРЕВАНИЯ ЗУБОВ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ аппликации фторидсодержащих лаков
- 2) рациональное протезирование
- 3) химическое отбеливание
- 4) метод микроабразии

230. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МЕТОДИКИ МИКРОАБРАЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ МИКРОДЕФЕКТЫ ЭМАЛИ ГЛУБИНОЙ НЕ БОЛЕЕ (В ММ)

- 1)+ 0,2
- 2) 0,5
- 3) 1
- 4) 2

231. К ПРИЧИННЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

- 1)+ хронический периодонтит молочного зуба
- 2) интоксикацию фтором
- 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- 4) приём тетрациклина в период формирования зачатков зубов

232. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА У ДЕТЕЙ С ПЯТНИСТОЙ ФОРМОЙ ФЛЮОРОЗА ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ НЕ РЕЖЕ ЧЕМ 1 РАЗ В

- 1)+ 4-6 месяцев
- 2) месяц
- 3) 1-2 года
- 4) год

233. РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ПРИВОДИТ К

- 1)+** повышению резистентности твердых тканей зубов
- 2) исчезновению пятен и восстановлению эстетичного вида эмали
- 3) ускорению формирования корней зубов
- 4) исчезновению дефектов на эмали зубов

234. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+** пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
- 2) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
- 3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- 4) стирание твёрдых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

235. В СОСТАВ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МИКРОАБРАЗИИ ЭМАЛИ ВХОДИТ СОЛЯНАЯ КИСЛОТА И

- 1)+** мелкодисперсный абразив
- 2) крупнодисперсный абразив
- 3) глицерофосфат кальция
- 4) диамин-фторид серебра

Тема 7. Обезболивание в детской стоматологии.

1. В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ ПОД НАРКОЗОМ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** спазмофилия
- 2) декомпенсированный порок сердца
- 3) ОРВИ
- 4) острый гломерулонефрит

2. ПРИ ТОРУСАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВЫКЛЮЧАЮТСЯ НЕРВЫ

- 1)+** язычный, нижний луночковый и щёчный
- 2) только язычный
- 3) язычный и щёчный
- 4) нижний луночковый и щёчный

3. ДЛЯ ОДНОВРЕМЕННОГО ВЫКЛЮЧЕНИЯ НИЖНЕЛУНОЧКОВОГО, ЩЁЧНОГО И ЯЗЫЧНОГО НЕРВОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

- 1)+** торусальная
- 2) мандибулярная
- 3) туберальная
- 4) инфраорбитальная

4. В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ ПОД НАРКОЗОМ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** полиаллергия на местные анестетики
- 2) полный желудок
- 3) декомпенсированный порок сердца
- 4) острый гломерулонефрит

5. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ У РЕБЕНКА В ПОЛИКЛИНИКЕ ПОД НАРКОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** декомпенсированный порок сердца
- 2) бронхиальная астма
- 3) гастрит
- 4) полиаллергия на местные анестетики

6. В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ ПОД НАРКОЗОМ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** заболевание ЦНС
- 2) острый пиелонефрит
- 3) острый гастродуоденит
- 4) грипп

7. К ПРОВОДНИКОВОМУ МЕТОДУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

- 1)+** туберальная
- 2) мандибулярная
- 3) торусальная
- 4) у ментального отверстия

8. К ПРОВОДНИКОВОМУ МЕТОДУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

- 1)+** инфраорбитальная
- 2) у ментального отверстия
- 3) торусальная
- 4) мандибулярная

9. ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНЪЕКЦИОННЫЕ ИГЛЫ ПОМЕЩАЮТ В

- 1)+** деструктор игл
- 2) сухожаровой шкаф
- 3) дезинфицирующий раствор
- 4) глассперленовый стерилизатор

10. ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИМЕНЯЮТ ГЕЛИ НА ОСНОВЕ

- 1)+** бензокаина
- 2) артикаина
- 3) бупивакаина
- 4) мепивакаина

11. ПРИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВЫКЛЮЧАЮТСЯ НЕРВЫ

- 1)+** нижний луночковый и язычный
- 2) щёчный и нижний луночковый
- 3) язычный и щёчный
- 4) щёчный, язычный и нижний луночковый

12. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ НАРКОЗА ДЛЯ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА В ПОЛИКЛИНИКЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+** острое респираторное заболевание
- 2) аллергическая реакция на местные анестетики
- 3) болезнь Дауна
- 4) заболевание желудочно-кишечного тракта

13. ПРИ ТОРУСАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВЫКЛЮЧАЮТСЯ НЕРВЫ

- 1)+** язычный, нижний луночковый и щёчный
- 2) язычный и щёчный
- 3) щёчный и нижний луночковый
- 4) нижний луночковый и язычный

14. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ В ПОЛИКЛИНИКЕ ПОД НАРКОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** острая респираторно-вирусная инфекция
- 2) заболевание ЦНС
- 3) лекарственная аллергия на местные анестетики
- 4) эпилепсия в анамнезе

15. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

- 1)+** инфильтрационная
- 2) инфраорбитальная
- 3) туберальная
- 4) мандибулярная

16. ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ _____ АНЕСТЕЗИЯ

- 1)+** инфильтрационная
- 2) только аппликационная
- 3) инфраорбитальная
- 4) туберальная

17. ПРИ БЛОКАДЕ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ, ЧТО НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЕ ОТВЕРСТИЕ НАХОДИТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ (НИЖНИХ МОЛЯРОВ)

- 1)+ на 1 см ниже уровня
- 2) на 0,5 см выше уровня
- 3) на 1 см выше уровня
- 4) соответственно уровню

18. ДЛЯ ОДНОВРЕМЕННОГО ВЫКЛЮЧЕНИЯ НИЖНЕЛУНОЧКОВОГО И ЯЗЫЧНОГО НЕРВОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

- 1)+ мандибулярная
- 2) у ментального отверстия
- 3) у большого нёбного отверстия
- 4) туберальная

19. К ПРОВОДНИКОВОМУ МЕТОДУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

- 1)+ у ментального отверстия
- 2) у резцового отверстия
- 3) у большого нёбного отверстия
- 4) туберальная

20. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ К ОБРАЗОВАНИЮ ГЕМАТОМЫ ПРИВОДИТ ПОВРЕЖДЕНИЕ

- 1)+ венозного сплетения крыло-нёбной ямки
- 2) верхнечелюстной вены
- 3) верхнечелюстной артерии
- 4) лицевой вены

21. В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ ПОД НАРКОЗОМ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эпилепсия в анамнезе
- 2) декомпенсированный порок сердца
- 3) ОРВИ
- 4) острый гломерулонефрит

22. У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 7 ЛЕТ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ

- 1)+ спрей
- 2) мазь
- 3) раствор
- 4) гель

23. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ АНЕСТЕЗИИ, ДЕЙСТВИЕ КОТОРОГО НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ артикаин
- 2) бупивакаин
- 3) лидокаин
- 4) прокаин (новокаин)

24. ДЛЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА ПРИ УДАЛЕНИИ ПОДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ СЛЕДУЕТ ИЗБРАТЬ

- 1)+ аппликационную анестезию
- 2) проводниковую анестезию раствором новокаина 2% с адреналином
- 3) проводниковую анестезию раствором новокаина 2%
- 4) инфильтрационное обезболивание раствором новокаина 0.25% с адреналином

25. К ПРОВОДНИКОВОМУ МЕТОДУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

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

26. К ПРОВОДНИКОВОМУ МЕТОДУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

- 1)+ мандибулярная
- 2) у резцового отверстия
- 3) туберальная
- 4) интралигаментарная

27. ДЛЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ аэрозоль лидокаина 10%
- 2) взвесь анестезина 0,1% в масле
- 3) новокаина раствор 1%
- 4) лидокаина раствор 2%

28. НАИЛУЧШИЙ ЭФФЕКТ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕМ _____ АНЕСТЕЗИИ

- 1)+ аппликационной + торусальной
- 2) аппликационной + инфильтрационной
- 3) аппликационной + туберальной
- 4) аппликационной + интралигаментарной + друк-анестезией

29. К ПРОВОДНИКОВОМУ МЕТОДУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

- 1)+ у резцового отверстия
- 2) интралигаментарная
- 3) торусальная
- 4) мандибулярная

30. АДРЕНАЛИН В РАСТВОР АНЕСТЕТИКА НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДОБАВЛЯТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ ДЕТАМ ДО (В ГОДАХ)

- 1)+ 5
- 2) 14
- 3) 7
- 4) 11

31. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ НАРКОЗА ДЛЯ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА В ПОЛИКЛИНИКЕ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ

- 1)+ наличие острого респираторного заболевания
- 2) возраст до 3 лет
- 3) аллергия к местным анестетикам
- 4) болезнь Дауна у ребенка

32. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____ АНЕСТЕЗИЯ

- 1)+ инфильтрационная
- 2) ментальная
- 3) палатинальная
- 4) по Гоу-Гейтсу

33. АНЕСТЕТИК АРТИКАИН МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ

- 1)+ 4 лет
- 2) 6 месяцев
- 3) 1 года
- 4) 2 лет

34. ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИМЕНЯЮТ ГЕЛИ НА ОСНОВЕ

- 1)+ лидокаина
- 2) артикаина
- 3) бупивакаина
- 4) мепивакаина

35. К ПРОВОДНИКОВОМУ МЕТОДУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

- 1)+ торусальная
- 2) инфраорбитальная
- 3) туберальная
- 4) интралигаментарная

36. ДЛЯ СНЯТИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ РЕБЕНКА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1)+ транквилизаторы диазепамового ряда
- 2) снотворные
- 3) обезболивающие
- 4) наркотические препараты

37. В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ ПОД НАРКОЗОМ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бронхиальная астма
- 2) острый гастрит
- 3) ОРВИ
- 4) острый пиелонефрит

38. ПРИ НЕСОБЛЮДЕНИИ АСПИРАЦИОННОЙ ПРОБЫ ВО ВРЕМЯ ВВЕДЕНИЯ ИГЛЫ В ТКАНИ ПРИ МЕСТНОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ПРОИСХОДИТ

- 1)+ образование гематомы вследствие ранения сосудов
- 2) ишемия участка мягких тканей
- 3) анафилактическая реакция
- 4) образование эмфиземы

Тема 8. Общественное здоровье и здравоохранение. Организация стоматологической помощи детям в РФ. Диспансеризация детей у стоматолога.

1. ВТОРЫМ ЭТАПОМ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ беседа с родителями
- 2) беседа с детьми
- 3) беседа с педагогами и медицинскими работниками
- 4) закупка средств для гигиены полости рта

2. «УРОК ЗДОРОВЬЯ» В ОРГАНИЗОВАННОМ ДЕТСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ _____ ФОРМУ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

- 1)+ групповую
- 2) массовую
- 3) комплексную
- 4) индивидуальную

3. УСТРАНЕНИЕ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКИ СОСАНИЯ ПАЛЬЦЕВ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ МЕРОПРИЯТИЕМ _____ ПРОФИЛАКТИКИ

- 1)+ первичной
- 2) вторичной
- 3) третичной
- 4) экзогенной

4. НЕНАПОЛНЕННЫЕ ГЕРМЕТИКИ ОБЛАДАЮТ _____ УСТОЙЧИВОСТЬЮ К

- 1)+ меньшей; истиранию
- 2) большей; истиранию
- 3) большей; воздействию органических красителей
- 4) меньшей; воздействию органических красителей

5. ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В (В ГОДАХ)

- 1)+ 5
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 10

6. ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 6-8
- 2) 10-11
- 3) 12-13
- 4) до 14

7. ПО ДАННЫМ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЕТЕЙ 12 ЛЕТ С КПУ=6,5 МОЖНО ОТНЕСТИ К ЗОНЕ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ

- 1)+ высокой
- 2) средней
- 3) низкой
- 4) очень высокой

8. К I ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, КОТОРЫЕ _____ ХРОНИЧЕСКИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОРАЖЕНИЙ ЦНС, _____ ВЫРАЖЕННЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- 1)+ не имеют, не имеют
- 2) не имеют, имеют
- 3) имеют, не имеют
- 4) имеют, имеют

9. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ЧИСТКИ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ определение гигиенического состояния
- 2) обучение пациента чистке зубов на моделях
- 3) индивидуальный подбор пациенту средств гигиены полости рта
- 4) самостоятельная чистка зубов пациентом

10. В РАЙОНЕ, ГДЕ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДОВ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ ПОЛОВИНЫ ОПТИМАЛЬНОЙ ДОЗЫ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ таблеток фторида натрия
- 2) фторидсодержащих растворов для полосканий
- 3) фторидсодержащих зубных паст
- 4) покрытия зубов фторлаком

11. ЗУБНАЯ ЩЕТКА ПОДЛЕЖИТ ЗАМЕНЕ В СРЕДНЕМ 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 6
- 4) 12

12. ЗАКРУГЛЕНИЕ КОНЧИКОВ ЩЕТИНОК ЗУБНОЙ ЩЕТКИ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ снизить вероятность травмирования десны щетиной
- 2) уменьшить вероятность обсеменения зубной щетки микроорганизмами
- 3) уменьшить абразивное воздействие на зубы
- 4) дополнительно массировать десны

13. ПРИ ЧИСТКЕ ЗУБНАЯ ЩЕТКА ДОЛЖНА ОХВАТЫВАТЬ ЗУБЫ

- 1)+ 2-2,5 рядом стоящих
- 2) 1-1,5 рядом стоящих
- 3) одного сегмента
- 4) 3-4 рядом стоящих

14. АКТИВНЫМ МЕТОДОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ занятие по обучению гигиене полости рта в группе детского сада
- 2) телевизионная реклама
- 3) проведение выставок средств гигиены полости рта
- 4) издание рекламных буклетов средств гигиены полости рта

15. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭКЗОГЕННУМУ ПРИМЕНЕНИЮ ФТОРИДОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высокое содержание фторидов в питьевой воде
- 2) высокая заболеваемость кариесом зубов среди населения
- 3) географическое расположение населенного пункта, в котором предполагается проведение профилактики
- 4) отсутствие дополнительных источников системного введения фторидов

16. В ЦЕЛЯХ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОКАЗАНО ПОКРЫТИЕ ФТОРСОДЕРЖАЩИМИ ЛАКАМИ ЗУБОВ

- 1)+ временных и постоянных на 1-3 году после прорезывания
- 2) временных в 5-6 лет
- 3) постоянных в 12-15 лет
- 4) всех, имеющих во рту при сменном прикусе

17. К ОСНОВНОМУ ИСТОЧНИКУ ПОСТУПЛЕНИЯ ФТОРИДОВ В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА ОТНОСЯТ

- 1)+ питьевую воду
- 2) пищевые продукты
- 3) воздух
- 4) лекарства

18. ОПТИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДОВ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ В РАЙОНАХ С УМЕРЕННЫМ КЛИМАТОМ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ/Л)

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

19. ЗУБНЫЕ ЩЁТКИ С ОЧЕНЬ МЯГКОЙ ЩЕТИНОЙ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ПАЦИЕНТАМ

- 1)+ в возрасте до 3 лет
- 2) имеющим единичные кариозные полости и здоровый пародонт
- 3) в возрасте 10-15 лет
- 4) с установленными брекет-системами

20. ПРОВЕДЕНИЕ «УРОКА ЗДОРОВЬЯ» В ОРГАНИЗОВАННОМ ДЕТСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ ОТНОСЯТ К _____ ФОРМЕ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

- 1)+ групповой
- 2) индивидуальной
- 3) региональной
- 4) массовой

21. ОСНАЩЕНИЕ ЗОНЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И КОНТРОЛЯ КАБИНЕТА ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ стоматологическую установку, рабочее место врача-стоматолога
- 2) 8-10 раковин, большие зеркала, увеличенные модели челюстей
- 3) мебель на 20-30 посадочных мест, проекционную аппаратуру, экран
- 4) стенды, таблицы, плакаты, витражи, памятки

22. КАЛИБРОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРОВОДИТСЯ В ПЕРИОД

- 1)+ подготовительный
- 2) обследования населения
- 3) основной
- 4) подведения итогов обследования

23. ВЕДУЩИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ДЕТСКОГО, ПРОВОДЯЩЕГО ИНДИВИДУАЛЬНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ уровень стоматологического здоровья ребёнка
- 2) увеличение охвата санацией
- 3) уменьшение среднего показателя интенсивности кариеса
- 4) снижение нуждаемости в лечении

24. ОПТИМАЛЬНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ (МГ/Л)

- 1)+ 0,8-1,2
- 2) 0,2-0,3
- 3) 0,3-0,7
- 4) 1,3-1,8

25. ПОКАЗАНИЕМ К ПОКРЫТИЮ ЗУБОВ ФТОРСОДЕРЖАЩИМИ ЛАКАМИ В ЛЕЧЕБНЫХ ЦЕЛЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ очаговая деминерализация
- 2) флюороз
- 3) очаговая гипоплазия
- 4) поверхностный кариес

26. С ПОМОЩЬЮ ЙОДСОДЕРЖАЩИХ РАСТВОРОВ МОЖНО ВЫЯВИТЬ НАЛИЧИЕ НА ЗУБАХ

- 1)+ зубного налета
- 2) кутикулы
- 3) пищевых остатков
- 4) пелликулы

27. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ беседа с педагогами и медицинскими работниками
- 2) беседа с родителями
- 3) беседа с детьми
- 4) организация уголка здоровья

28. ФТОРИДСОДЕРЖАЩИЕ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЕТЯМ С (ЛЕТ)

- 1)+ 3-4
- 2) 1,5-2
- 3) 5-6
- 4) 10-12

29. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЛОССОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНОГО НАЛЕТА С ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ

- 1)+ апроксимальных
- 2) оральных
- 3) окклюзионных
- 4) вестибулярных

30. ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ ПРИМЕНЯЮТ ДВИЖЕНИЯ

- 1)+ возвратно-поступательные
- 2) круговые
- 3) подметающие
- 4) скребущие

31. СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ, В КОТОРОМ ПОКАЗАНА ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ, СОСТАВЛЯЕТ В ГОДАХ)

- 1)+ 6-7
- 2) 4-5
- 3) 8-9
- 4) 10-11

32. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СИСТЕМНЫХ МЕТОДОВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДОВ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ

- 1)+ менее половины оптимального
- 2) оптимальное
- 3) субоптимальное
- 4) больше оптимального

33. В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ФТОРИРОВАННОЕ МОЛОКО НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО УПОТРЕБЛЯТЬ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 3-12
- 2) 3-9
- 3) 6-15
- 4) 7-16

34. ОСНАЩЕНИЕ ЗОНЫ ПАССИВНОЙ ИНФОРМАЦИИ КАБИНЕТА ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ стенды, таблицы, плакаты, витражи, памятки
- 2) 8-10 раковин, большие зеркала, увеличенные модели челюстей
- 3) мебель на 20-30 посадочных мест, проекционную аппаратуру, экран
- 4) шкафы для размещения индивидуальных средств и предметов гигиены полости рта

35. СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ, В КОТОРОМ ПОКАЗАНА ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ПРЕМОЛЯРОВ, СОСТАВЛЯЕТ (В ГОДАХ)

- 1)+ 10-11
- 2) 4-5
- 3) 6-7
- 4) 8-9

36. С ПОМОЩЬЮ ЗУБНОЙ НИТИ МОЖНО ОЧИСТИТЬ _____ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБА

- 1)+ 2 из 5
- 2) 1 из 5
- 3) 3 из 3
- 4) 4 из 5

37. В РАЙОНЕ, ГДЕ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДОВ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ СУБОПТИМАЛЬНОЕ, ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМ БУДЕТ

- 1)+ чистка зубов фторидсодержащими зубными пастами
- 2) фторирование питьевой воды в школах
- 3) прием фторированного молока
- 4) прием таблеток фторида натрия

38. ОЧИЩАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ГЕЛЕОБРАЗНЫХ ЗУБНЫХ ПАСТ ПО СРАВНЕНИЮ С ЗУБНЫМИ ПАСТАМИ НА МЕЛОВОЙ ОСНОВЕ

- 1)+ ниже
- 2) выше
- 3) одинакова
- 4) не зависит от основы

39. ОСНАЩЕНИЕ ЗОНЫ АКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ КАБИНЕТА ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ 8-10 раковин, большие зеркала, увеличенные модели челюстей
- 2) мебель на 20-30 посадочных мест, проекционную аппаратуру, экран
- 3) стенды, таблицы, плакаты, витражи, памятки
- 4) шкафы для размещения индивидуальных средств и предметов гигиены полости рта

40. ОСНАЩЕНИЕ ЗОНЫ АКТИВНОЙ ИНФОРМАЦИИ КАБИНЕТА ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ мебель на 20-30 посадочных мест, проекционную аппаратуру, экран
- 2) 8-10 раковин, большие зеркала, увеличенные модели челюстей
- 3) стенды, таблицы, плакаты, витражи, памятки
- 4) шкафы для размещения индивидуальных средств и предметов гигиены полости рта

41. РОДИТЕЛИ ДОЛЖНЫ НАЧИНАТЬ ЧИСТИТЬ ДЕТЯМ ЗУБЫ

- 1)+ после прорезывания первого временного зуба
- 2) с момента рождения
- 3) после прорезывания всех временных зубов
- 4) после прорезывания первого постоянного зуба

42. МЕТОД МЕДИКО-САНИТАРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩИЙ НЕОБХОДИМЫЙ КОМПЛЕКС ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАЗЫВАЮТ

- 1)+ диспансеризацией
- 2) санацией полости рта
- 3) профилактикой
- 4) гигиеническим обучением

43. АНКЕТИРОВАНИЕ РОДИТЕЛЕЙ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНИТЬ

- 1)+ уровень знаний о профилактике стоматологических заболеваний
- 2) навыки по уходу за полостью рта детей
- 3) качество оказания стоматологической помощи
- 4) уровень стоматологического здоровья

44. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ 3-6 ЛЕТ ВЫДЕЛЯЮТ ____ ДИСПАНСЕРНЫХ ГРУПП

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

45. КРАТНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ШКОЛЬНИКОВ III ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ СОСТАВЛЯЕТ ____ В ГОД

- 1)+ 2 раза
- 2) 3-4 раза
- 3) 5-6 раз
- 4) 7 раз

46. ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР РЕБЕНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩЕГО ЗДОРОВУЮ ПОЛОСТЬ РТА, ПРОВОДИТСЯ__ РАЗ/РАЗА В ГОД

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

47. ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРИДОВ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ДЛЯ УМЕРЕННОЙ КЛИМАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/Л)

- 1)+ 1,0
- 2) 0,3
- 3) 0,5
- 4) 0,7

48. МЕТОДИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО ВОЗ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 6, 12, 15
- 2) 6, 9, 12
- 3) 9, 12, 15
- 4) 12,15

49. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ЭНДОГЕННЫХ МЕТОДОВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высокий уровень интенсивности кариеса
- 2) высокая распространенность флюороза
- 3) неудовлетворительный уровень гигиены полости рта
- 4) низкий уровень знаний о профилактике кариеса

50. ЧИСТКА ЗУБОВ, КОТОРУЮ РЕБЕНОК ОСУЩЕСТВЛЯЕТ В ПРИСУТСТВИИ СТОМАТОЛОГА, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ контролируемая чистка зубов
- 2) профессиональная гигиена полости рта
- 3) индивидуальная гигиена полости рта
- 4) стоматологическое просвещение

51. В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ РЕБЕНОК 3 ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ (ИМЕЮЩИЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ) ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСМОТРЕН __ РАЗ/РАЗА

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 2
- 4) > 4

52. КЛЮЧЕВОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА В ПОПУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ (В ГОДАХ)

- 1)+ 15
- 2) 6
- 3) 12
- 4) 35

53. В РАЙОНЕ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДОВ В ВОДЕ 0,8 МГ/Л ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ покрытие зубов фторлаком
- 2) прием фторидсодержащих таблеток
- 3) фторирование воды в школах
- 4) фторирование молока

54. СОГЛАСНО ОБЩЕМУ ПЛАНУ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ (КРОМЕ НЕОТЛОЖНЫХ СЛУЧАЕВ) НУЖНО НАЧИНАТЬ С

- 1)+ профессиональной гигиены полости рта
- 2) лечения заболеваний пародонта
- 3) выявления кариеса
- 4) эндодонтического лечения

55. ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ПРОВОДИТЬ НАЦИОНАЛЬНОЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ОДИН РАЗ (В ГОДАХ)

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

56. КЛЮЧЕВОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В ПОПУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ (В ГОДАХ)

- 1)+ 12
- 2) 6
- 3) 15
- 4) 35

57. ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОГЕННЫХ МЕТОДОВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ ВОЗМОЖНО ПРИ СОДЕРЖАНИИ ФТОРИДА В ВОДЕ (% ОТ ОПТИМАЛЬНОГО)

- 1)+ < 50
- 2) 50-75
- 3) 75-100
- 4) >100

58. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ В ОДНОМ РАЙОНЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОСМАТРИВАТЬ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ ОДНОГО И ТОГО ЖЕ ВОЗРАСТА В КОЛИЧЕСТВЕ НЕ МЕНЕЕ _____ ЧЕЛОВЕК

- 1)+ 50
- 2) 20
- 3) 30
- 4) 100

59. КРАТНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ШКОЛЬНИКОВ IV ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ СОСТАВЛЯЕТ ____ В ГОД

- 1)+ 3-4 раза
- 2) 2 раза
- 3) 5-6раз
- 4) 7 раз

60. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ВЫДЕЛЯЮТ _____ ДИСПАНСЕРНЫХ ГРУПП

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

61. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ ВЫДЕЛЯЮТ _____ ДИСПАНСЕРНЫХ ГРУПП

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

62. ЗАДАЧЕЙ ВРАЧА ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА В 3 ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ назначение корректирующих мероприятий
- 2) предупреждение возникновения факторов риска
- 3) устранение факторов риска
- 4) повышение уровня здоровья

63. КАЛИБРОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ, ПРОВОДИТСЯ В ПЕРИОД

- 1)+ подготовительный
- 2) обследования
- 3) подведения итогов
- 4) промежуточный

64. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

- 1)+** эпидемиологического стоматологического обследования
- 2) диспансеризации населения
- 3) плановой санации полости рта
- 4) программ профилактики

65. К ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОТНОСЯТ

- 1)+** реабилитацию детей с врожденной и приобретенной патологией челюстно-лицевой области
- 2) плановую санацию полости рта
- 3) санацию по обращаемости
- 4) оказание неотложной стоматологической помощи детям разного возраста

66. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ ОБЯЗАННОСТЬЮ

- 1)+** гигиенистов стоматологических
- 2) медицинских сестер
- 3) педагогов
- 4) родителей

67. ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР РЕБЕНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩЕГО ПОРОК РАЗВИТИЯ, ОСЛОЖНЕНИЙ И СОЧЕТАЮЩИЙСЯ С КАРИЕСОМ, ПРОВОДИТСЯ __ РАЗ/РАЗА В ГОД

- 1)+** 3
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 4

68. К ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+** первичная профилактика стоматологических заболеваний
- 2) плановая санация полости рта
- 3) санация по обращаемости
- 4) оказание неотложной стоматологической помощи детям

69. ШКОЛЬНИКОВ, НЕ ИМЕЮЩИХ НИКАКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ, ОТНОСЯТ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+** I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

70. ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, К ОБЩЕМУ ЧИСЛУ ОБСЛЕДОВАННЫХ НАЗЫВАЮТ

- 1)+** распространенностью стоматологического заболевания
- 2) интенсивностью стоматологического заболевания
- 3) стоматологической заболеваемостью населения
- 4) эпидемиологическими данными

71. ПРОВЕДЕНИЕ «УРОКА ЗДОРОВЬЯ» В ШКОЛЕ - ЭТО ФОРМА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

- 1)+** групповая
- 2) индивидуальная
- 3) массовая
- 4) популяционная

72. ШКОЛЬНИКОВ, ИМЕЮЩИХ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛЮБОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯТ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ II
- 2) I
- 3) III
- 4) IV

73. МЕТОДОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ урок гигиены в школе
- 2) брошюры и буклеты
- 3) выставки средств гигиены
- 4) телевизионная реклама

74. ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА

- 1)+ предупреждение их возникновения
- 2) предупреждение осложнений возникшего заболевания
- 3) восстановление анатомической и функциональной целостности зубочелюстной системы
- 4) профилактику зубочелюстных аномалий

75. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКИХ ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ ВОЗЛАГАЕТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО НА

- 1)+ врача-стоматолога
- 2) воспитателя
- 3) родителей
- 4) родительский комитет

76. ПОКАЗАНИЯ К ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ ИМЕЮТСЯ У ДЕТЕЙ 7 ЛЕТ С/СО

- 1)+ индексом КПУ = 0
- 2) I степенью активности кариеса
- 3) II степенью активности кариеса
- 4) III степенью активности кариеса

77. ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЗАВИСИТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ОТ

- 1)+ возраста
- 2) интенсивности кариеса
- 3) уровня гигиены полости рта
- 4) социально-экономических условий

78. ПО ДАННЫМ ВОЗ РЕГИОН С КПУ=1.0 У ДЕТЕЙ 12 ЛЕТ МОЖНО ОТНЕСТИ К _____ ЗОНЕ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ

- 1)+ низкой
- 2) очень высокой
- 3) очень низкой
- 4) высокой

79. ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАЦИЯ О/ОБ

- 1)+ стоматологической заболеваемости населения
- 2) динамике демографических процессов в регионе
- 3) состоянии окружающей среды
- 4) имеющемся персонале и материальных ресурсах

80. ПРИ ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ НАВЫКАМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ СЛЕДУЕТ ОБРАЩАТЬ НА

- 1)+ тип восприятия информации
- 2) уровень стоматологического здоровья
- 3) социальную принадлежность
- 4) обеспечение наглядными пособиями

81. К ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ контроль развития челюстно-лицевой области ребенка
- 2) плановая санация полости рта
- 3) санация по обращаемости
- 4) оказание неотложной стоматологической помощи детям

82. В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ РЕБЕНОК 1 ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСМОТРЕН __ РАЗ/РАЗА

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 4

83. К ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ выявление и лечение ранних стадий заболеваний органов и тканей полости рта
- 2) плановую санацию полости рта
- 3) санацию по обращаемости
- 4) оказание неотложной стоматологической помощи детям школьного возраста

84. ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА

- 1)+ восстановление анатомической и функциональной целостности зубочелюстной системы
- 2) предупреждение осложнений возникшего заболевания
- 3) предупреждение их возникновения
- 4) профилактику зубочелюстных аномалий

85. ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА

- 1)+ предупреждение осложнений возникшего заболевания
- 2) предупреждение их возникновения
- 3) восстановление анатомической и функциональной целостности зубочелюстной системы
- 4) профилактику зубочелюстных аномалий

86. ЗАДАЧЕЙ ВРАЧА ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА ВО 2 ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ устранение факторов риска
- 2) предупреждение возникновения факторов риска
- 3) повышение уровня здоровья
- 4) назначение коррегирующих мероприятий

87. ОБУЧЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ УХОДУ ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1)+ до рождения ребенка
- 2) после прорезывания первого временного зуба
- 3) с момента посещения ребенком детского сада
- 4) после прорезывания первых постоянных зубов

88. ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ЭНДОГЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА МОЛОЧНЫХ РЕЗЦОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОД

- 1)+ антенатальный
- 2) первого полугодия жизни
- 3) второго полугодия 1 года жизни
- 4) второго года жизни

89. ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, К ОБЩЕМУ ЧИСЛУ ОБСЛЕДОВАННЫХ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ распространённостью стоматологического заболевания
- 2) интенсивностью стоматологического заболевания
- 3) стоматологической заболеваемостью населения
- 4) уровнем стоматологической помощи населению

90. В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ РЕБЕНОК 2 ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСМОТРЕН __ РАЗ/РАЗА

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 4

91. ШКОЛЬНИКИ С ТЯЖЕЛЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ (АПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ, СИНДРОМОМ СТЕНТОНА-КАПДЕПОНА) ОТНОСЯТСЯ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ V
- 2) I
- 3) II
- 4) IV

92. ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДЯТ

- 1)+ дважды, в возрасте 12 месяцев и 6 лет
- 2) дважды, в возрасте 6 месяцев и 12 лет
- 3) трижды, в возрасте 6 месяцев, 6 и 12 лет
- 4) единожды в 12 месяцев

93. ДЕТЯМ III ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ В ВОЗРАСТЕ ДО 3 ЛЕТ РЕКОМЕНДОВАНЫ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА

- 1)+ 500 ppm
- 2) 1000 ppm
- 3) 1500 ppm
- 4) 2300 ppm

94. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ 3-6 ЛЕТ ОПРЕДЕЛЯЮТ ДИСПАНСЕРНУЮ ГРУППУ

- 1)+ I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

95. КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЬЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ формирование привычек здорового образа жизни
- 2) повышение продаж средств гигиены полости рта
- 3) увеличение количества пломбированных зубов
- 4) приобретение знаний по уходу за полостью рта

96. ШКОЛЬНИКИ, ИМЕЮЩИЕ ГИНГИВИТ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ЛЕГКОУСТРАНИМЫМИ МЕСТНЫМИ ФАКТОРАМИ (НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ГИГИЕНОЙ ПОЛОСТИ РТА, НАВИСАЮЩИМ КРАЕМ ПЛОМБЫ), ОТНОСЯТСЯ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ III
- 2) I
- 3) IV
- 4) V

97. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ И САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ В РАМКАХ РАБОТЫ ШКОЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА С КРАТНОСТЬЮ 2 УРОКА В ГОД ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ

- 1)+ 11-14 лет
- 2) 7- 9 лет
- 3) 15-17 лет
- 4) 9-11 лет

98. САНАЦИЮ ПОЛОСТИ РТА У ШКОЛЬНИКОВ IV ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

- 1)+ 2 раза в год
- 2) 3-4 раза в год
- 3) 5-6 раз в год
- 4) 4 раза в год

99. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ И САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ 15-17 ЛЕТ В РАМКАХ РАБОТЫ ШКОЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ПРОВОДИТСЯ С КРАТНОСТЬЮ В ГОД

- 1)+ 1
- 2) 4
- 3) 2
- 4) 6

100. ШКОЛЬНИКИ, ИМЕЮЩИЕ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ КАРИЕСА, ОТНОСЯТСЯ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ V
- 2) I
- 3) II
- 4) IV

101. ШКОЛЬНИКИ, ИМЕЮЩИЕ СОЧЕТАНИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ, ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА, ЗУБО-ЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, ОТНОСЯТСЯ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ V
- 2) I
- 3) II
- 4) IV

102. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ И САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ В РАМКАХ РАБОТЫ ШКОЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА С КРАТНОСТЬЮ 4 УРОКА В ГОД ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ

- 1)+ до 10 лет
- 2) 12-14 лет
- 3) 15-17 лет
- 4) 10-12 лет

103. ДОЗА ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ, ПРИ КОТОРОЙ РАЗВИВАЕТСЯ ДЕСТРУКТИВНАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА, СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 7–9 и выше мг/л
- 2) 0,5 мг/л
- 3) 1 мг/л
- 4) 2–3 мг/л

104. ШКОЛЬНИКИ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ОТНОСЯТСЯ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ V
- 2) I
- 3) II
- 4) IV

105. ШКОЛЬНИКИ, ИМЕЮЩИЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, ОТНОСЯТСЯ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ IV
- 2) I
- 3) III
- 4) V

106. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ ДО 3 ЛЕТ ОПРЕДЕЛЯЮТ ДИСПАНСЕРНУЮ ГРУППУ

- 1)+ I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

107. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОЦЕНИВАЮТ ПО

- 1)+ показателям гигиены полости рта
- 2) количеству поставленных пломб
- 3) количеству рекламы в СМИ
- 4) уровню продаж средств гигиены

108. ШКОЛЬНИКОВ, ИМЕЮЩИХ ЛЮБОЕ ХРОНИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА ЕГО УТЯЖЕЛЕНИЯ, ОТНОСЯТ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ III
- 2) II
- 3) I
- 4) IV

109. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ И САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДО 10 ЛЕТ В РАМКАХ РАБОТЫ ШКОЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ПРОВОДИТСЯ С КРАТНОСТЬЮ _____ В ГОД

- 1)+ 4
- 2) 2
- 3) 1
- 4) 6

110. ГЛАВНЫЙ КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ

- 1)+ количество детей со здоровой полостью рта
- 2) увеличение количества запломбированных зубов
- 3) уменьшение количества кариозных зубов
- 4) увеличение потребности в санации полости рта

111. ШКОЛЬНИКИ, ИМЕЮЩИЕ СРЕДНЮЮ СТЕПЕНЬ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА, ОТНОСЯТСЯ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ IV
- 2) I
- 3) III
- 4) V

112. В ВОЗРАСТЕ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО 3 ЛЕТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ С

- 1)+ родителями
- 2) детьми
- 3) учителями
- 4) педиатрами

113. ДЕТЯМ I ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ В ВОЗРАСТЕ 3-6 ЛЕТ РЕКОМЕНДОВАНЫ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА

- 1)+ 500 ppm
- 2) 1000 ppm
- 3) 1500 ppm
- 4) 2300 ppm

114. ЦЕЛЬЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ мотивация населения к поддержанию стоматологического здоровья
- 2) изучение стоматологической заболеваемости населения
- 3) выявление факторов риска возникновения стоматологических заболеваний
- 4) выявление среди населения групп риска возникновения стоматологических заболеваний

115. ШКОЛЬНИКИ, ИМЕЮЩИЕ ГИНГИВИТ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ, ОТНОСЯТСЯ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ IV
- 2) I
- 3) III
- 4) V

116. ДЕТЯМ I ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ В ВОЗРАСТЕ ДО 3 ЛЕТ РЕКОМЕНДОВАНЫ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА

- 1)+ 0 ppm
- 2) 500 ppm
- 3) 1000 ppm
- 4) 2300 ppm

117. ШКОЛЬНИКИ В РЕТЕНЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ V
- 2) I
- 3) II
- 4) IV

118. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ И САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ 11-14 ЛЕТ В РАМКАХ РАБОТЫ ШКОЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ПРОВОДИТСЯ С КРАТНОСТЬЮ ____ В ГОД

- 1)+ 2
- 2) 4
- 3) 1
- 4) 6

119. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ И САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ В РАМКАХ РАБОТЫ ШКОЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА С КРАТНОСТЬЮ 1 УРОК В ГОД ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ

- 1)+ 15-17 лет
- 2) 7- 9 лет
- 3) 9-11 лет
- 4) 11-14 лет

120. ПРОВЕДЕНИЕ «УРОКА ЗДОРОВЬЯ» В ОРГАНИЗОВАННОМ ДЕТСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ ОТНОСИТСЯ К _____ ФОРМЕ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

- 1)+ групповой
- 2) индивидуальной
- 3) массовой
- 4) популяционной

121. КЛЮЧЕВЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ ПРОГРАММ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ОБУЧАЮЩИМСЯ В ДЕТСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

- 1)+ 6 лет, 12 лет, 15 лет
- 2) 6 лет, 10 лет, 15 лет
- 3) 6 лет, 12 лет, 18 лет
- 4) 8 лет, 12 лет, 15 лет

122. ДЕТЯМ II ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ В ВОЗРАСТЕ ДО 3 ЛЕТ РЕКОМЕНДОВАНЫ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА

- 1)+ 500 ppm
- 2) 1000 ppm
- 3) 1500 ppm
- 4) 2300 ppm

123. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЯМ ДО 3 ЛЕТ, ИМЕЮЩИМ РАЗЛИЧНЫЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОПРЕДЕЛЯЮТ ДИСПАНСЕРНУЮ ГРУППУ

- 1)+ III
- 2) I
- 3) II
- 4) IV

124. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЯМ ДО 3-6 ЛЕТ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ ДИСПАНСЕРНУЮ ГРУППУ

- 1)+ II
- 2) I
- 3) III
- 4) IV

125. ДЕТЯМ III ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ В ВОЗРАСТЕ 3-6 ЛЕТ РЕКОМЕНДОВАНЫ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА (В PPM)

- 1)+ 500-1500
- 2) менее 500
- 3) 1500-2000
- 4) более 2000

126. ШКОЛЬНИКИ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМ ИЛИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ИЛИ ПАРОДОНТОЗОМ ОТНОСЯТСЯ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ V
- 2) I
- 3) II
- 4) IV

127. ТЕЛЕВИЗИОННАЯ РЕКЛАМА СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСИТСЯ К _____ ФОРМЕ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

- 1)+ массовой
- 2) индивидуальной
- 3) групповой
- 4) региональной

128. ШКОЛЬНИКИ, ИМЕЮЩИЕ ЛЕГКИЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ОТНОСЯТСЯ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ III
- 2) I
- 3) IV
- 4) V

129. ШКОЛЬНИКОВ, ИМЕЮЩИХ ЛЮБОЕ ХРОНИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА ЕГО УТЯЖЕЛЕНИЯ, ОТНОСЯТ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ IV
- 2) II
- 3) III
- 4) V

130. ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ ____ ЛЕТ

- 1)+ до 3
- 2) до 5
- 3) с 3 до 5
- 4) с 6 лет до 8

131. РОДИТЕЛИ ДОЛЖНЫ НАЧИНАТЬ ЧИСТИТЬ ДЕТЯМ ЗУБЫ

- 1)+ после прорезывания первого временного зуба
- 2) с 1 года
- 3) с 2 лет
- 4) с 3 лет

132. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПРОШЕДШИМИ САНАЦИЮ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ

- 1)+ не реже 4-х раз в год
- 2) не реже 2-х раз в год
- 3) 1 раз в год
- 4) 1-2 раза в год

133. ШКОЛЬНИКОВ, ИМЕЮЩИХ ЛЮБОЕ ХРОНИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ И ФАКТОРЫ РИСКА ЕГО УТЯЖЕЛЕНИЯ, ОТНОСЯТ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ V
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

134. ДЕТЯМ II ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ В ВОЗРАСТЕ 3-6 ЛЕТ РЕКОМЕНДОВАНЫ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА (В РРМ)

- 1)+ 500-1000
- 2) менее 500
- 3) 1500-2000
- 4) более 2000

135. ДЕТЯМ V ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ В ВОЗРАСТЕ 3-6 ЛЕТ РЕКОМЕНДОВАНЫ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА ____ РРМ

- 1)+ 1000-1500
- 2) 100-500
- 3) 2100-2500
- 4) 1600-2000

136. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТАМ ДО 3 ЛЕТ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ ДИСПАНСЕРНУЮ ГРУППУ

- 1)+ II
- 2) I
- 3) III
- 4) IV

137. ШКОЛЬНИКИ, ИМЕЮЩИЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, ОТНОСЯТСЯ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ IV
- 2) I
- 3) III
- 4) V

138. ШКОЛЬНИКИ, ИМЕЮЩИЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ (ЛЕГКИЕ ФОРМЫ ГИПОПЛАЗИИ, ФЛЮОРОЗА, НАРУШЕНИЯ АМЕЛОГЕНЕЗА), ОТНОСЯТСЯ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ III
- 2) I
- 3) IV
- 4) V

139. САНАЦИЮ ПОЛОСТИ РТА У ШКОЛЬНИКОВ III ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

- 1)+ 1 раз в год
- 2) 3 раза в год
- 3) 5 раз в год
- 4) 4 раза в год

140. ШКОЛЬНИКИ, ИМЕЮЩИЕ НИЗКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ КАРИЕСА, ОТНОСЯТСЯ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- 1)+ III
- 2) I
- 3) IV
- 4) V

141. ЦЕЛЬЮ ПРАКТИЧЕСКОГО ЭТАПА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выработка навыка
- 2) получение информации
- 3) достижение понимания
- 4) убеждение пациента

142. ДЛИНА РАБОЧЕЙ ЧАСТИ ДЕТСКОЙ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ (В ММ)

- 1)+ 25
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 30

143. К ПАССИВНЫМ МЕТОДАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ просмотр тематического мультфильма
- 2) проведение «урока здоровья» в школе
- 3) беседа с ребенком на стоматологическом приеме
- 4) занятие в игровой форме в детском саду

144. ЗАДАЧЕЙ ВРАЧА ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА В 1-Й ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ предупредить возникновение факторов в риска
- 2) устранить факторы риска
- 3) повысить уровень здоровья
- 4) назначить коррегирующие (лечебные) мероприятия

145. ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЯМ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- 1)+ 2-3 раза в год
- 2) 1 раз в год
- 3) ежемесячно
- 4) 1 раз в неделю

146. НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТИ И ВЗРОСЛЫЕ ДОЛЖНЫ ПРИХОДИТЬ НЕ РЕЖЕ 1 РАЗА В

- 1)+ 6 месяцев
- 2) месяц
- 3) год
- 4) 2 года

147. ДЕТСКАЯ ЗУБНАЯ ЩЕТКА ПОДЛЕЖИТ ЗАМЕНЕ 1 РАЗ В

- 1)+ 2-3 месяца
- 2) неделю
- 3) месяц
- 4) 6 месяцев

148. ОБУЧЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ УХОДУ ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ

- 1)+ до рождения ребенка и в период новорожденности
- 2) когда ребенку исполнится два года
- 3) когда ребенок идет в детский сад
- 4) в период смены зубов у ребенка

149. РЕБЕНКУ С ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- 1)+ лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора
- 2) солевые зубные пасты
- 3) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав
- 4) гигиенические зубные пасты-эликсыры

150. ЗУБНАЯ ЩЕТКА ПОДЛЕЖИТ ЗАМЕНЕ В СРЕДНЕМ 1 РАЗ В

- 1)+ 2-3 месяца
- 2) неделю
- 3) месяц
- 4) 6 месяцев

151. ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНЫХ СРЕДСТВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА В РАЙОНАХ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ БОЛЕЕ 1,5 МГ/Л

- 1)+ противопоказано
- 2) показано у детей до 12 лет
- 3) показано в сочетании с системными средствами
- 4) показано при плохой гигиене полости рта

152. КИНЕСТЕТИЧЕСКИ-ОРИЕНТИРОВАННЫМ ДЕТЯМ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА НЕОБХОДИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тщательная отработка навыков на моделях и в полости рта
- 2) наличие красочно оформленных наглядных пособий
- 3) подробное объяснение материала
- 4) решение кроссвордов на стоматологические темы

153. АКТИВНЫМ МЕТОДОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проведение занятий по обучению гигиене полости рта в группе детского сада
- 2) проведение выставок средств гигиены полости рта
- 3) издание научно-популярной литературы
- 4) телевизионная реклама

154. АУДИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫМ ДЕТЯМ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА НЕОБХОДИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подробное объяснение материала
- 2) наличие красочно оформленных наглядных пособий
- 3) тщательная отработка навыков на моделях и в полости рта
- 4) решение кроссвордов на стоматологические темы

155. АКТИВНОЙ ФОРМОЙ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ДЕТСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проведение уроков здоровья
- 2) выпуск санбюллетеней, брошюр
- 3) профессиональная гигиена
- 4) индивидуальный подбор средств гигиены

156. 1-Й УРОВЕНЬ УЧАСТИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ стоматологические кабинеты школ
- 2) отделения челюстно-лицевой хирургии
- 3) детские стоматологические поликлиники
- 4) стоматологические отделения лечебно-профилактических учреждений

157. 1-ЫМ УРОВЕНЕМ УЧАСТИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ стоматологические кабинеты школ
- 2) отделения челюстно-лицевой хирургии
- 3) детские стоматологические поликлиники
- 4) стоматологические отделения лечебно-профилактических учреждений

158. РЕБЕНКУ 3 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЧИСТИТЬ ЗУБЫ

- 1)+ 2 раза в день, используя мягкую зубную щетку и гелевую пасту
- 2) 2 раза в день, используя резиновую щетку-напальчник
- 3) после каждого приема пищи
- 4) 1 раз в день, утром

159. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ беседы о гигиене полости рта
- 2) лекции о функции слюнных желез
- 3) обучение навыкам снятия зубного камня
- 4) беседы по гигиене жилища

160. К ТРЕТЬЕЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ дети с хроническими заболеваниями
- 2) практически здоровые дети, имеющие хроническое заболевание, не сказывающиеся на функции жизненно важных органов
- 3) здоровые дети
- 4) дети-инвалиды

161. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МЕТОДА ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кариес дентина
- 2) неудовлетворительная гигиена полости рта
- 3) узкие и глубокие фиссуры
- 4) неполное прорезывание коронки зуба

162. ПРОВЕДЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ «УРОКА ЗДОРОВЬЯ» ЯВЛЯЕТСЯ _____ ФОРМОЙ

- 1)+ групповой
- 2) индивидуальной
- 3) массовой
- 4) популяционной

163. ПРАКТИЧЕСКИМ ЭТАПОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ привычка
- 2) знание
- 3) понимание
- 4) убеждение

164. ПЕРВЫЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ

- 1)+ 6 месяцев
- 2) 2 месяцев
- 3) 1 года
- 4) 3 лет

165. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ профессиональную гигиену полости рта
- 2) фторирование питьевой воды
- 3) фторирование молока
- 4) прием таблеток, содержащих фторид

166. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ РАСТВОРЫ ФТОРИДА НАТРИЯ ДЛЯ ПОЛОСКАНИЯ В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)

- 1)+ 0,2
- 2) 0,05
- 3) 1
- 4) 2

167. ДОЗА ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ, ПРИ КОТОРОЙ РАЗВИВАЕТСЯ ДЕСТРУКТИВНАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА, РАВНА

- 1)+ 7-9 и выше мг/л
- 2) 0,5 мг/л
- 3) 1 мг/л
- 4) 2-3 мг/л

168. МОДЕЛЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ ШКОЛЬНИКА, ИМЕЮЩЕГО III СТЕПЕНЬ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР

- 1)+ 3 раза в год, через каждые 3-4 месяца
- 2) 1 раз в год
- 3) 2 раза в год
- 4) по обращаемости

169. ДЕТАМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЧИСТИТЬ ЗУБЫ

- 1)+ мягкой щеткой и детской зубной пастой
- 2) мягкой щеткой без зубной пасты
- 3) резиновой щеткой-напальчником
- 4) щеткой средней степени жесткости

170. ПРОФИЛАКТИКОЙ ФЛЮОРОЗА В ЭНДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ замена водоисточника
- 2) предупреждение заболеваний матери в период беременности
- 3) гигиена полости рта
- 4) герметизация фиссур

171. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРОВОДИТЬ В ФОРМЕ

- 1)+ урока гигиены
- 2) семинара
- 3) лекции
- 4) рекламных буклетов

172. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ШКОЛЬНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ распределение детей на диспансерные группы с учетом степени активности кариеса 1 раз в году
- 2) прием детей по обращаемости
- 3) сплошная двухразовая санация детей, начиная с первого класса
- 4) ежемесячная оценка эффективности диспансеризации

173. К АКТИВНОЙ ФОРМЕ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ беседа с ребенком и родителями на стоматологическом приеме
- 2) телевизионная реклама средств ухода за полостью рта
- 3) издание научно-популярной литературы
- 4) радиопередача о новых средствах профилактики

174. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЧАСТОТА ПОСЕЩЕНИЯ СТОМАТОЛОГА ДЕТЬМИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА СОСТАВЛЯЕТ ОДИН РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 6
- 2) 9
- 3) 18
- 4) 24

175. ПРОВЕДЕНИЕ ЗАНЯТИЙ ПО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ ПРОСВЕЩЕНИЮ В ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С ВОЗРАСТА (В ГОДАХ)

- 1)+ 3-4
- 2) 1,5-2
- 3) 5-6
- 4) 7-8

176. ДЕТСКИЕ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ ИМЕЮТ ПОКАЗАТЕЛЬ RDA, РАВНЫЙ

- 1)+ 30-50
- 2) 10-20
- 3) 70-80
- 4) 100-120

177. К ПРАКТИЧЕСКИМ ЭТАПАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ навык, привычку
- 2) знание, понимание
- 3) убеждение, навык
- 4) понимание, привычку

178. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ РЕБЕНКА НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ

- 1)+ с 1 года
- 2) в период прорезывания первых временных зубов
- 3) в период прорезывания первых постоянных зубов
- 4) у первоклассников

179. В МЕТОДЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ НЕ ВХОДИТ

- 1)+ лечение стоматологических заболеваний
- 2) проведение лекций
- 3) проведение уроков здоровья
- 4) осуществление бесед с детьми и родителями

180. ПРОФИЛАКТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ устранение вредных привычек, нормализацию функции глотания
- 2) гигиену полости рта
- 3) рациональное питание
- 4) только санацию полости рта

181. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ДЕТЬМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высокое содержание фторида в питьевой воде
- 2) неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта
- 3) наличие у пациента большого количества пломб
- 4) системная гипоплазия эмали

182. ЗА ЕЖЕДНЕВНУЮ ЧИСТКУ ЗУБОВ У РЕБЕНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТВЕТСТВЕННЫ

- 1)+ родители
- 2) стоматолог
- 3) гигиенист
- 4) педиатр

183. ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗА ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 1-1,5 мг/л
- 2) до 0,5 мг/л
- 3) 6-7 мг/л
- 4) 0,1-0,2 мг/л

184. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ЕГО ПОРАЖЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ ПЕРИОДИЧНОСТЬ ОСМОТРА У СТОМАТОЛОГА

- 1)+ через 6 месяцев
- 2) через 3 месяца
- 3) через 12 месяцев
- 4) каждый месяц

185. САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЛОССОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ С ВОЗРАСТА ____ ЛЕТ

- 1)+ 9-12
- 2) 4-5
- 3) 6-8
- 4) 15-16

186. ВИЗУАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫМ ДЕТАМ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА НЕОБХОДИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие красочно оформленных наглядных пособий
- 2) подробное объяснение материала
- 3) тщательная отработка навыков на моделях и в полости рта
- 4) решение кроссвордов на стоматологические темы

187. ОДНИМ ИЗ ТРЕБОВАНИЙ К ДЕТСКИМ ЗУБНЫМ ЩЕТКАМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ мягкой щетины
- 2) щетины средней жесткости
- 3) натуральной щетины
- 4) индикаторных щетинок

188. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЯВЛЕНИЯ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВРЕМЯ ЧИСТКИ НЕ БОЛЕЕ

- 1)+ 2-3 минут
- 2) 1 минуты
- 3) 4-5 минут
- 4) 6-7 минут

189. ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ

- 1)+ до 3 лет
- 2) до 5 лет
- 3) с 3 до 5 лет
- 4) с 6 лет до 8 лет

190. КО ВТОРОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ практически здоровые дети, имеющие хроническое заболевание, не сказывающиеся на функции жизненно важных органов
- 2) дети с хроническими заболеваниями
- 3) здоровые дети
- 4) дети, не нуждающиеся в стоматологической помощи

191. КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ формирование привычек здорового образа жизни
- 2) мотивация к уходу за полостью рта
- 3) приобретение знаний по уходу за полостью рта
- 4) повышение эффективности стоматологического лечения

192. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ТРАВМОЙ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ ЧЕРЕЗ ____ МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ, А ЗАТЕМ КАЖДЫЕ ____ МЕСЯЦЕВ

- 1)+ 3; 6
- 2) 2; 12
- 3) 5; 20
- 4) 6; 9

193. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕБЁНКА С РАННИМ ДЕТСКИМ КАРИЕСОМ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ОДИН РАЗ В

- 1)+ 1-3 месяца
- 2) неделю
- 3) 6-9 месяцев
- 4) год

194. ПРОФИЛАКТИКОЙ ФЛЮОРОЗА В ЭНДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ применение кальцийсодержащих зубных паст
- 2) применение фторидсодержащих ополаскивателей
- 3) контролируемая чистка зубов
- 4) профессиональная гигиена полости рта

195. К ЭНДОГЕННЫМ МЕТОДАМ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ фторирование питьевой воды
- 2) аппликацию фторидсодержащим гелем
- 3) чистку зубов фторидсодержащими пастами
- 4) полоскание фторидсодержащими растворами

196. АКТИВНОЙ ФОРМОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ беседа с пациентом на стоматологическом приеме
- 2) телевизионная реклама средств ухода за полостью рта
- 3) издание научно-популярной литературы
- 4) радиопередача о новых средствах профилактики

197. КЛЮЧЕВОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ (В ГОДАХ)

- 1)+ 15
- 2) 17
- 3) 12
- 4) 6

198. ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ (В УМЕРЕННЫХ ШИРОТАХ) ПО ГОСТСТАНДАРТУ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ/Л)

- 1)+ 1,0-1,2
- 2) 0,3-0,8
- 3) 2,0-3,0
- 4) свыше 6,0

199. КЛЮЧЕВОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ (В ГОДАХ)

- 1)+ 12
- 2) 6
- 3) 17
- 4) 15

200. КОЛИЧЕСТВО УРОВНЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ В ПОПУЛЯЦИИ (ВОЗ) СОСТАВЛЯЕТ

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

201. ОПТИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДОВ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ/Л)

- 1)+ 0,7-1,2
- 2) 0,2-0,5
- 3) 0,5-0,7
- 4) 1,5-2,0

202. КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРИДОВ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ, ВЛИЯЮЩИМ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ У ДЕТЕЙ

- 1)+ кариеса зубов
- 2) воспалительных заболеваний пародонта
- 3) зубочелюстных аномалий
- 4) заболеваний слизистой оболочки полости рта

203. ПРИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ОДИН РАЗ В

- 1)+ 3 месяца
- 2) 1 месяц
- 3) 1 год
- 4) 2 года

204. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ЧИСТКИ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ определение гигиенического состояния полости рта
- 2) обучение ребенка чистке зубов на моделях
- 3) самостоятельная чистка зубов ребенком
- 4) индивидуальный подбор средств гигиены полости рта

205. КОЛИЧЕСТВО КЛЮЧЕВЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ СОСТАВЛЯЕТ

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

206. НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТИ И ВЗРОСЛЫЕ ДОЛЖНЫ ПРИХОДИТЬ

- 1)+ не реже 2 раз в год
- 2) не реже 1 раза в год
- 3) не реже 1 раза в 2 года
- 4) только при наличии стоматологических заболеваний

207. ФОРМА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩАЯ НАЛИЧИЕ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ активной
- 2) пассивной
- 3) индивидуальной
- 4) массовой

208. КОЛИЧЕСТВО УРОВНЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ В ПОПУЛЯЦИИ (ВОЗ) СОСТАВЛЯЕТ

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

209. ДЛЯ ЗУБНЫХ ЩЕТОК РЕКОМЕНДУЮТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ _____ ЩЕТИНУ

- 1)+ искусственную
- 2) натуральную
- 3) густую
- 4) редкую

210. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ НА ИНДИВИДУАЛЬНОМ УРОВНЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ модели зубных рядов, различные виды средств и предметов ухода за полостью рта
- 2) научно-популярную литературу (книги, брошюры)
- 3) видеофильмы
- 4) рекламу на ТВ

211. ПАССИВНОЙ ФОРМОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выпуск буклетов о средствах гигиены полости рта
- 2) беседа с пациентом на стоматологическом приеме
- 3) контролируемая чистка зубов
- 4) профессиональная гигиена полости рта

212. МЕТОДИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОСМОТР ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 6, 12, 15
- 2) 3, 6, 12
- 3) 6, 9, 12
- 4) 9, 12, 15

213. ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОГЕННЫХ МЕТОДОВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ ВОЗМОЖНО ПРИ СОДЕРЖАНИИ ФТОРИДА В ВОДЕ (В МГ/Л)

- 1)+ 0,2-0,3
- 2) 0,7-0,8
- 3) 1,0-1,2
- 4) 1,5-1,8

214. ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ВОЗРАСТ 12 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ КЛЮЧЕВЫМ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ

- 1)+ постоянных зубов
- 2) временных зубов
- 3) тканей пародонта
- 4) гигиены полости рта

215. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кариес зубов
- 2) флюороз зубов
- 3) гипоплазия эмали
- 4) афтозный стоматит

216. МЕТОДИКА ВОЗ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- 1)+ 6, 12, 15
- 2) 2, 8, 16
- 3) 1, 5, 10
- 4) 3, 9, 14

217. ВЕДУЩИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ДЕТСКОГО, РАБОТАЮЩЕГО В ШКОЛЕ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ количество пломб, поставленных в новые кариозные полости
- 2) нуждаемость в лечении пациентов
- 3) общее количество пломб в день
- 4) увеличение охвата санацией

218. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ 12 ЛЕТ, РАВНАЯ 5, СООТВЕТСТВУЕТ УРОВНЮ ПО ГРАДАЦИИ ВОЗ

- 1)+ высокому
- 2) низкому
- 3) среднему
- 4) очень высокому

219. ВТОРОЙ УРОВЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ _____ ПОМОЩЬ

- 1)+ специализированную
- 2) неотложную
- 3) профилактическую
- 4) лечебно-консультативную

220. ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ _____ ПОМОЩЬ

- 1)+ лечебно-консультативную
- 2) неотложную
- 3) специализированную
- 4) профилактическую

221. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ В ПОПУЛЯЦИИ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ ОСМАТРИВАЮТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ

- 1)+ 6
- 2) 3
- 3) 9
- 4) 12

222. НА КАЖДОЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ КРЕСЛО В КАБИНЕТЕ НЕОБХОДИМА ПЛОЩАДЬ НЕ МЕНЕЕ (В КВ.М.)

- 1)+ 7
- 2) 14
- 3) 5
- 4) 10

223. ОКНА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОРИЕНТИРОВАНЫ НА _____ НАПРАВЛЕНИЕ

- 1)+ северное
- 2) южное
- 3) западное
- 4) восточное

224. ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ВОЗРАСТ 15 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ КЛЮЧЕВЫМ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ

- 1)+ тканей пародонта
- 2) постоянных зубов
- 3) зубочелюстных аномалий
- 4) гигиены полости рта

225. УРОВНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРИЕСА ПО ГРАДАЦИИ ВОЗ УСТАНОВЛЕНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ__ ЛЕТ

- 1)+ 12
- 2) 6
- 3) 15
- 4) 18

226. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ 12 ЛЕТ, РАВНАЯ 60%, СООТВЕТСТВУЕТ УРОВНЮ ПО ГРАДАЦИИ ВОЗ

- 1)+ среднему
- 2) низкому
- 3) высокому
- 4) очень высокому

227. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ИНДЕКСОМ

- 1)+ КПУ
- 2) кпу
- 3) СРІ
- 4) РМА

228. ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЕГО ТЕЧЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИСТРИРУЮТ В ГРАФЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ

- 1)+ развитие настоящего заболевания
- 2) перенесенные и сопутствующие заболевания
- 3) жалобы больного
- 4) данные объективного исследования

229. ГРАЖДАНИН, ИМЕЮЩИЙ СТРАХОВОЙ ПОЛИС ОМС, МОЖЕТ ПОЛУЧИТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В

- 1)+ любой поликлинике Российской Федерации
- 2) только в поликлинике населенного пункта
- 3) только в территориальной поликлинике
- 4) ведомственном медицинском учреждении

230. ОСНОВНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ НЕСЕТ

- 1)+ врач-стоматолог
- 2) помощник стоматолога (сестра)
- 3) помощник стоматолога, получивший сертификат
- 4) врач-рентгенолог

231. В ПОМЕЩЕНИИ ВРАЧЕБНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВЛАЖНУЮ ТЕКУЩУЮ УБОРКУ ПРОВОДЯТ

- 1)+ до и после смены, в конце рабочего дня
- 2) утром
- 3) вечером
- 4) в середине дня

232. ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ВОЗРАСТ 6 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ КЛЮЧЕВЫМ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ

- 1)+ временных зубов
- 2) постоянных зубов
- 3) тканей пародонта
- 4) гигиены полости рта

233. ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ _____ ПОМОЩЬ

- 1)+ профилактическую
- 2) лечебно-консультативную
- 3) неотложную
- 4) специализированную

234. СТЕНЫ КАБИНЕТА ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПОКРЫТЫ

- 1)+ керамической плиткой
- 2) водно-дисперсионной краской
- 3) обоями
- 4) стеклообоями

235. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА В ПОПУЛЯЦИИ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ ОСМАТРИВАЮТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ____ЛЕТ

- 1)+ 15
- 2) 12
- 3) 16
- 4) 18

236. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО РЕГИСТРИРУЮТ В ГРАФЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ

- 1)+ перенесенные и сопутствующие заболевания
- 2) жалобы больного
- 3) развитие настоящего заболевания
- 4) данные объективного исследования

237. УРОВНИ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ПО ГРАДАЦИИ ВОЗ УСТАНОВЛЕНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ____ЛЕТ

- 1)+ 12
- 2) 6
- 3) 15
- 4) 18

238. МЕТОДИКА ВОЗ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ В ОДНОМ РАЙОНЕ В КОЛИЧЕСТВЕ НЕ МЕНЕЕ

- 1)+ 50
- 2) 100
- 3) 30
- 4) 20

239. ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЕ, К ОБЩЕМУ ЧИСЛУ ОБСЛЕДОВАННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ распространенностью стоматологического заболевания
- 2) стоматологической заболеваемостью населения
- 3) уровнем стоматологической помощи населению
- 4) интенсивностью стоматологического заболевания

240. АВТОКЛАВИРОВАНИЕМ СТЕРИЛИЗУЮТСЯ

- 1)+ наконечники
- 2) одноразовые шприцы
- 3) пластмассовые шпатели
- 4) слюноотсосы

241. МИНИМАЛЬНАЯ ПЛОЩАДЬ ПОМЕЩЕНИЯ ДЛЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КРЕСЛА СОСТАВЛЯЕТ (В КВ.М.)

- 1)+ 14
- 2) 12
- 3) 10
- 4) 16

242. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ОЦЕНЕНА ПО

- 1)+ результатам анкетирования населения
- 2) количеству поставленных пломб
- 3) количеству стоматологических клиник
- 4) качеству оказания стоматологической помощи населению

243. ПЛОЩАДЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (В КВ.М)

- 1)+ 14
- 2) 12
- 3) 10
- 4) 7

244. УРОВНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ ПАРОДОНТА УСТАНОВЛЕНЫ ВОЗ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ

- 1)+ 15
- 2) 6
- 3) 12
- 4) 18

Тема 9. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей.

1. ПОД ЛОЖНЫМ ПАРОТИТОМ ГЕРЦЕНБЕРГА ПОНИМАЮТ

- 1)+ лимфаденит околоушной области
- 2) кисту околоушной слюнной железы
- 3) хронический паренхиматозный паротит
- 4) эпидемический паротит

2. ПЕРИОСТИТЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ острые серозные
- 2) одонтогенные
- 3) опухолевые
- 4) гематогенные

3. ПРИЧИНОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЗРАСТЕ ДО 7 ЛЕТ ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ первый временный моляр
- 2) постоянный моляр
- 3) второй временный моляр
- 4) временный резец

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ДЕТЕЙ

- 1)+ скуловой и лобный отростки верхней челюсти, мыщелковый отросток нижней челюсти
- 2) тело нижней челюсти
- 3) носовые кости, решетчатый лабиринт
- 4) альвеолярный отросток верхней и альвеолярная часть нижней челюстей

5. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ И ДЕФЕКТ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ИСХОДОМ _____ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

- 1)+ деструктивной
- 2) продуктивной (гиперпластической)
- 3) простой
- 4) оссифицирующей

6. СОСТАВ ПУНКТАТА ОДОНТОГЕННОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КИСТЫ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ желтоватую прозрачную жидкость с кристаллами холестерина
- 2) холестеатомные массы
- 3) гемолизированную кровь
- 4) бурую мутную жидкость с нитями фибрина

7. КИСТЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ МОГУТ БЫТЬ

- 1)+ одонтогенными и неодонтогенными
- 2) одонтогенными, саливаторными, тонзилогенными
- 3) только одонтогенными
- 4) одонтогенными и псевдокистами

8. ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ мыщелковый отросток нижней челюсти
- 2) альвеолярный отросток верхней челюсти
- 3) альвеолярная часть нижней челюсти
- 4) тело нижней челюсти

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ КОРНЕВЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ ЗУБОВ

- 1)+ временных моляров
- 2) временных резцов
- 3) премоляров
- 4) клыков

10. ОСТЕОМИЕЛИТЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ПО КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ хронические деструктивные
- 2) одонтогенные
- 3) опухолевые
- 4) гематогенные

11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ КОРНЕВЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ ЗУБОВ ВРЕМЕННЫХ

- 1)+ моляров нижней челюсти
- 2) резцов нижней челюсти
- 3) моляров верхней челюсти
- 4) клыков

12. ПУНКТАТ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД

- 1)+ прозрачной жидкости с кристаллами холестерина
- 2) кровяного сгустка
- 3) мутной жидкости
- 4) салоподобных масс

13. ЛИМФАДЕНИТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ острые серозные
- 2) стоматогенные
- 3) отогенные
- 4) тонзилогенные

14. СУБПЕРИОСТАЛЬНЫМИ МОГУТ БЫТЬ КИСТЫ

- 1)+ радикулярные
- 2) фолликулярные
- 3) кератокисты
- 4) назоальвеолярные

15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 6 - 8 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФЕКЦИЯ

- 1)+ одонтогенная от зубов нижней челюсти
- 2) одонтогенная от зубов верхней челюсти
- 3) отогенная
- 4) тонзилогенная

16. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОДОНТОГЕННОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КИСТЫ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПОЛОЖЕНИЯ ЕЁ ПО ОТНОШЕНИЮ К СИНУСУ ВЫДЕЛЯЮТ

- 1)+ прилегающую
- 2) разлитую
- 3) ограниченную
- 4) диффузную

17. ПСЕВДОКИСТА

- 1)+ лишена эпителиальной выстилки
- 2) имеет выстилку из переходного эпителия
- 3) может иметь или не иметь эпителиальной выстилки
- 4) имеет выстилку из цилиндрического эпителия

18. ЛИМФАДЕНИТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ острые гнойные
- 2) риногенные
- 3) одонтогенные
- 4) отогенные

19. ПОДВИЖНОСТЬ ПРИЧИННОГО ЗУБА, СУБПЕРИОСТАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС С ОДНОЙ СТОРОНЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА, КОЛЛАТЕРАЛЬНЫЙ ОТЕК МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ

- 1)+ острого гнойного периостита
- 2) острого серозного периостита
- 3) острого остеомиелита
- 4) хронического оссифицирующего периостита

20. КОЛИЧЕСТВО СЛОЕВ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ В ОБОЛОЧКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ КОРНЕВЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 2-3 слоя
- 2) 1 слой
- 3) 6 слоев
- 4) 4-5 слоев

21. НАПРАВЛЕНИЕ, В КОТОРОМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОИСХОДИТ РОСТ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ КОРНЕВЫХ КИСТ ОТ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1)+ вестибулярное
- 2) к ветви челюсти
- 3) оральное
- 4) к краю тела челюсти

22. ПЕРИОСТИТЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ хронические оссифицирующие
- 2) одонтогенные
- 3) гематогенные
- 4) хронические травматические

23. У ДЕТЕЙ ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 6-8
- 2) 1-3
- 3) 3-5
- 4) 8-10

24. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стрептококк в ассоциации с другими микроорганизмами
- 2) анаэробная микрофлора
- 3) стафилококк как монокультура
- 4) лучистый грибок

25. ПЕРИАДЕНИТЫ, АБСЦЕССЫ И ОКОЛОЧЕЛЮСТНЫЕ ФЛЕГМОНЫ РАЗВИВАЮТСЯ РЕДКО ПРИ ОБОСТРЕНИИ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

- 1)+ продуктивной (гиперпластической)
- 2) простой
- 3) деструктивной
- 4) деструктивно-продуктивной

26. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ

- 1)+ 4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6
- 2) 4.2, 4.1, 3.1, 3.2
- 3) 1.6, 2.6
- 4) 5.5, 5.4, 6.4, 6.5

27. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ЛИМФАДЕНИТАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 6 - 7 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ

- 1)+ 8.5, 8.4, 7.4, 7.5
- 2) 5.5, 5.4, 6.4, 6.5
- 3) 4.2, 4.1, 3.1, 3.2
- 4) 3.6, 4.6

28. ПЕРИОСТИТЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ПО ЭТИОЛОГИИ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ одонтогенные
- 2) хронические в стадии обострения
- 3) хронические простые
- 4) острые гнойные

29. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ КОРНЕВЫЕ КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПОСТОЯННЫМ ПРИКУСОМ РАЗВИВАЮТСЯ ЧАЩЕ ОТ ЗУБОВ

- 1)+ резцов
- 2) клыков
- 3) премоляров
- 4) моляров

30. ОСТЕОМИЕЛИТЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ острые
- 2) травматические
- 3) лимфогенные
- 4) одонтогенные

31. У ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ПРЕОБЛАДАЕТ ОСТЕОМИЕЛИТ ЭТИОЛОГИИ

- 1)+ одонтогенной
- 2) специфической
- 3) посттравматической
- 4) гематогенной

32. ЛИМФАДЕНИТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ПО ЭТИОЛОГИИ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ одонтогенные
- 2) хронические гиперпластические
- 3) острые серозные
- 4) хронические абсцедирующие

33. ОСТЕОМИЕЛИТЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ хронические в стадии обострения
- 2) гематогенные
- 3) одонтогенные
- 4) травматические

34. ОСТЕОМИЕЛИТЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ПО ЭТИОЛОГИИ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ одонтогенные
- 2) острые серозные
- 3) хронические деструктивные
- 4) острые гнойные

35. ПЕРИОСТИТЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ хронические простые
- 2) риногенные
- 3) травматические
- 4) опухолевые

36. ПЕРИОСТИТЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ острые гнойные
- 2) риногенные
- 3) гематогенные
- 4) контактные

37. МЕДЛЕННОЕ, УПОРНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЪЕМА КОСТИ, НАПОМИНАЮЩЕЕ КОСТНУЮ ОПУХОЛЬ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

- 1)+ продуктивной (гиперпластической)
- 2) деструктивной
- 3) деструктивно-продуктивной
- 4) простой

38. СОДЕРЖИМОЕ НЕНАГНОИВШЕЙСЯ ОДОНТОГЕННОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КИСТЫ У ДЕТЕЙ ПРЕДСТАВЛЕНО

- 1)+ желтоватой прозрачной жидкостью, опалесцирующей на свету
- 2) кровянистым содержимым
- 3) творожистым содержимым белого цвета
- 4) желтоватым салоподобным содержимым

39. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ЛИМФАДЕНИТАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 10 -14 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ

- 1)+ 4.6, 3.6
- 2) 4.5, 4.4, 3.4, 3.5
- 3) 1.6, 2.6
- 4) 2.4, 1.4

40. ЛИМФАДЕНИТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ острые в стадии периаденита
- 2) тонзилогенные
- 3) травматические
- 4) стоматогенные

41. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ зубы 4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6
- 2) зубы 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6
- 3) ОРВИ
- 4) ЛОР – органы

42. ПЕРВЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДЕСТРУКЦИИ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ на 10-12 сутки
- 2) на 4-5 сутки
- 3) на 6-8 сутки
- 4) через 4 недели

43. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА СЧИТАЮТ

- 1)+ периостальные изменения с вестибулярной и оральной сторон
- 2) болезненные увеличенные регионарные лимфоузлы
- 3) периостальные изменения с вестибулярной стороны
- 4) коллатеральный отек прилежащих мягких тканей

44. ОСТЕОМИЕЛИТЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ПО КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ хронические деструктивно-продуктивные
- 2) травматические
- 3) лимфогенные
- 4) гематогенные

45. БЕЗ ЧЕТКИХ СИМПТОМОВ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЕТСЯ ОБОСТРЕНИЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

- 1)+ продуктивной (гиперпластической)
- 2) деструктивной
- 3) деструктивно-продуктивной
- 4) оссифицирующей

46. ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИЧИНОЙ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ ВРЕМЕННОГО ПРИКУСА

- 1)+ моляры
- 2) центральные резцы
- 3) боковые резцы
- 4) клыки

47. ОДОНТОГЕННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кератокиста
- 2) глобуломаксиллярная киста
- 3) носоальвеолярная киста
- 4) эпидермальная киста

48. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ КОРНЕВЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ _____ ЧЕЛЮСТИ

- 1)+ временных моляров нижней
- 2) временных резцов нижней
- 3) временных моляров верхней
- 4) временных клыков верхней

49. ДЛЯ ОДОНТОГЕННОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ зуба – источника инфекции
- 2) резорбции корней соседних зубов
- 3) нечетких контуров
- 4) внутренних перегородок – септ

50. ОСОБЕННОСТЬЮ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ задержка роста челюсти
- 2) образование дефекта кости
- 3) адентия
- 4) патологический перелом челюсти

51. ОДОНТОГЕННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ КИСТА

- 1)+ фолликулярная
- 2) носонебная
- 3) глобуломаксиллярная
- 4) эпидермальная

52. ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ ОДОНТОГЕННЫМИ КИСТАМИ

- 1)+ нижняя челюсть
- 2) подбородочный отдел нижней челюсти
- 3) верхняя челюсть
- 4) скуловая кость

53. ОБОЛОЧКА РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫСТЛАНА

- 1)+ многослойным плоским эпителием без его полного ороговения
- 2) цилиндрическим эпителием
- 3) переходным эпителием
- 4) кубическим эпителием

54. ГНОЕТЕЧЕНИЕ ИЗ НОСА ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПРЕИМУЩЕСТВЕННОМ РАСПРОСТРАНЕНИИ ВОСПАЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ

- 1)+ верхнечелюстной пазухи
- 2) латеральной
- 3) задней и решетчатой пазухи
- 4) передней и угловой вены лица

55. СРЕДИ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ РАЗЛИЧАЮТ

- 1)+ резидуальную
- 2) поверхностную
- 3) глубокую
- 4) солидную

56. РОСТ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ КОРНЕВЫХ КИСТ ОТ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОИСХОДИТ

- 1)+ вестибулярно
- 2) к ветви челюсти
- 3) орально
- 4) к краю тела челюсти

57. В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЕТСЯ С ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ НОСА, КАК ПРАВИЛО, ПОЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ свищи в области нижнеглазничного края
- 2) абсцессы и флегмоны крылонебной ямки
- 3) явления фронтита и этмоидита
- 4) абсцессы подглазничной области

58. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 6–8 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ИНФЕКЦИЯ

- 1)+ одонтогенная
- 2) гематогенная
- 3) отогенная
- 4) риногенная

59. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮЩАЯСЯ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ, РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- 1)+ теле нижней челюсти
- 2) мышечковом отростке
- 3) венечном отростке
- 4) ветви нижней челюсти

60. К КИСТАМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ВСЕГДА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ радикулярная киста
- 2) собственно фолликулярная киста
- 3) киста резцового канала
- 4) киста прорезывания

61. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОДОНТОГЕННОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КИСТЫ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПОЛОЖЕНИЯ ЕЁ ПО ОТНОШЕНИЮ К СИНУСУ ВЫДЕЛЯЮТ

- 1)+ проникающую
- 2) диффузную
- 3) полициклическую
- 4) ограниченную

62. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОРНЕВЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ _____ ЗУБЫ

- 1)+ 8.5, 8.4, 7.4, 7.5
- 2) 5.3, 6.3
- 3) 5.1, 6.1
- 4) 5.5, 5.4, 6.4, 6.5

63. НА ГЕМОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ

- 1)+ имеются более выраженные изменения в красной крови
- 2) имеются более выраженные изменения в белой крови
- 3) имеются более выраженные изменения в системе свертывания крови
- 4) меняется скорость оседания эритроцитов

64. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ зубы 4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6
- 2) зубы 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6
- 3) ОРВИ и детские инфекционные заболевания
- 4) ЛОР – органы

65. ЛИМФАДЕНИТЫ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА

- 1)+ острые, подострые, хронические, хронические рецидивирующие
- 2) острые и подострые
- 3) острые и хронические
- 4) серозные, гнойные, гиперпластические и абсцедирующие

66. В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ ПОДВИЖНОСТЬ

- 1)+ причинного и соседних зубов
- 2) резцов, клыков, премоляров и моляров
- 3) зубов в пределах половины челюсти
- 4) только причинного зуба

67. ПЕРВЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДЕСТРУКЦИИ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ НА _____ СУТКИ

- 1)+ 10-12
- 2) 4-5
- 3) 6-8
- 4) 2-3

68. СИМПТОМ ПАРЕСТЕЗИИ ГУБЫ ПРИ РОСТЕ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ЕЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ

- 1)+ только на нижней челюсти
- 2) только на верхней челюсти
- 3) как на верхней, так и на нижней челюсти
- 4) поднадкостнично

69. ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ КОРНЯ ПРИЧИННОГО ЗУБА В РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЕ

- 1)+ не прослеживается
- 2) четко контурируется
- 3) сужена
- 4) склерозирована

70. В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОСПАЛЕНИЯ В ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ одонтогенная воспалительная киста
- 2) кератокиста
- 3) аневризмальная киста
- 4) носоальвеолярная киста

71. В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ БОЛЬ

- 1)+ постоянная в причинном зубе, соседних зубах и челюсти
- 2) пароксизмальная
- 3) кинжальная в области ВНЧС
- 4) приступообразная в причинном зубе, соседних зубах и челюсти

72. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КИСТ И ПРОДУКТИВНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ СЧИТАЮТ

- 1)+ данные рентгенографии
- 2) наличие в исследуемой области зуба с осложнением кариеса
- 3) данные электроодонтодиагностики
- 4) длительность процесса

73. В ВОЗРАСТЕ ДО 7 ЛЕТ ПРИЧИНОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ЧАЩЕ СЧИТАЮТ

- 1)+ первый временный моляр
- 2) временные резцы
- 3) временные клыки
- 4) постоянный моляр

74. ПОД КИСТОЙ ЧЕЛЮСТИ ПОНИМАЮТ

- 1)+ опухолеподобное образование
- 2) соединительнотканную опухоль
- 3) опухоль из зубообразующего эпителия
- 4) стадию развития инфильтрата

75. КИСТА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВЫЗЫВАЕТ ДЕФОРМАЦИЮ КОСТИ С ЯЗЫЧНОЙ СТОРОНЫ, ЕСЛИ ОНА ИСХОДИТ ОТ

- 1)+ второго и третьего моляров
- 2) клыка
- 3) первого второго премоляра
- 4) резцов

76. «СИМПТОМ ВЕНСАНА» У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ В ОБЛАСТИ

- 1)+ подбородочного отдела
- 2) тела нижней челюсти соответственно молярам
- 3) угла нижней челюсти
- 4) суставного отростка

77. СУБПЕРИОСТАЛЬНАЯ КИСТА ВОЗНИКАЕТ ПРИ РАЗРАСТАНИИ ГРАНУЛЕМЫ ПРИЧИННОГО ЗУБА, РАСПОЛОЖЕННОЙ

- 1)+ ближе к наружной поверхности челюсти
- 2) в толще челюсти
- 3) с латеральной поверхности корня
- 4) у верхушки корня зуба

78. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ПРОВОДИТСЯ С

- 1)+ радикулярной кистой
- 2) одонтомой
- 3) цементомой
- 4) репаративной гранулемой

79. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 6 - 8 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФЕКЦИЯ

- 1)+ одонтогенная от моляров нижней челюсти
- 2) одонтогенная от моляров верхней челюсти
- 3) отогенная
- 4) риногенная

80. ВАЛИК ГЕРБЕРА – ЭТО ВЫПЯЧИВАНИЕ КИСТЫ В

- 1)+ нижнем носовом ходу
- 2) преддверии полости рта в боковых отделах челюсти
- 3) преддверии полости рта во фронтальном отделе
- 4) области нёба

81. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ЛИМФАДЕНИТАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 10–14 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ

- 1)+ 4.6, 3.6
- 2) 4.5, 4.4, 3.4, 3.5
- 3) 1.6, 2.6
- 4) 1.5, 1.4, 2.4, 2.5

82. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ

- 1)+ 4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6
- 2) 4.2, 4.1, 3.1, 3.2
- 3) 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6
- 4) 1.2, 1.1, 2.1, 2.2

83. НАИБОЛЕЕ ПОСТОЯННЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ОДОНТОГЕННОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вздутие (деформация) челюсти
- 2) разлитые болевые ощущения
- 3) свищевой ход
- 4) отсутствие зубов в зоне процесса

84. В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОСПАЛЕНИЯ В ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ КИСТА

- 1)+ радикулярная
- 2) фолликулярная
- 3) назоальвеолярная
- 4) резцового канала

85. МЕХАНИЗМ ВЗДУТИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ВНУТРИКОСТНОЙ КИСТЕ ОБЪЯСНЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ

- 1)+ наполнения полости кисты транссудатом
- 2) деструктивных изменений вокруг кисты
- 3) скопления гноя в кистозной полости
- 4) продуктивных изменений в кости

86. У ДЕТЕЙ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС МОГУТ ВОВЛЕКАТЬСЯ ОКРУЖАЮЩИЕ ЗУБ ТКАНИ (ПЕРИОДОНТ, КОСТЬ, НАДКОСТНИЦА) РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ И МЯГКИЕ ТКАНИ ЛИЦА ПРИ _____ ПУЛЬПИТЕ

- 1)+ острым диффузном
- 2) хроническом гангренозном вне стадии обострения
- 3) хроническом гипертрофическом
- 4) острым очаговым

87. ГРАНУЛИРУЮЩАЯ ФОРМА ПЕРИОДОНТИТА У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ, ЧЕМ У ВЗРОСЛЫХ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ хроническим лимфаденитом или периостальной реакцией
- 2) острым остеомиелитом
- 3) острым периоститом
- 4) абсцессом или флегмоной

88. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ припухлость и боли в области мягких тканей лица
- 2) наличие свищевого хода в области зуба – источника инфекции
- 3) боли при попадании холодной пищи в кариозную полость
- 4) застревание пищи между зубами, боли от сладкой пищи

89. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ

- 1)+ 4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6
- 2) 4.1, 4.2, 3.1, 3.2
- 3) 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6
- 4) 1.2, 1.1, 2.1, 2.2

90. У ДЕТЕЙ ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 6-8
- 2) 1-3
- 3) после 10
- 4) 3-5

91. ЗАЧАТОК ПОСТОЯННОГО ЗУБА, НАХОДЯЩИЙСЯ В ЗОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ, ПОДЛЕЖИТ УДАЛЕНИЮ

- 1)+ после окончательного формирования костных секвестров вокруг зачатка
- 2) во всех случаях после рентгенодиагностики этого состояния
- 3) спустя 2-3 недели после наблюдения, при отрицательной динамике
- 4) только при постоянных обострениях остеомиелита

92. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ВРЕМЕННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острый остеомиелит
- 2) гипоплазия эмали
- 3) кариес дентина
- 4) неполный вывих

93. ЦИСТЭКТОМИЯ С РЕЗЕКЦИЕЙ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ПРИЧИННОГО ЗУБА У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ ПРИ КОРНЕВЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ КИСТАХ ОТ ЗУБОВ

- 1)+ постоянных резцов
- 2) временных резцов с несформированным корнем
- 3) временных резцов со сформированным корнем
- 4) временных моляров с несформированными корнями

94. СЕКВЕСТРЭКТОМИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ в период стойкой и продолжительной ремиссии, на рентгенограммах отмечаются четкие крупные секвестры
- 2) сразу после стихания очередного обострения
- 3) при очередном обострении одновременно с вскрытием околочелюстных абсцессов и флегмон
- 4) при переходе острого одонтогенного процесса в хронический, начале секвестрации

95. ТАКТИКОЙ ВРАЧА В ОТНОШЕНИИ КИСТЫ ПРОРЕЗЫВАНИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наблюдение
- 2) цистотомия с сохранением зуба
- 3) цистэктомия с удалением зуба
- 4) криотерапия

96. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ развитие острого одонтогенного остеомиелита челюсти
- 2) расположение зуба вблизи линии перелома
- 3) неполный вывих зуба
- 4) ушиб зуба

97. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ 4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6 зубы
- 2) 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6 зубы
- 3) острая респираторная вирусная инфекция и детские инфекционные заболевания
- 4) ЛОР-органы

98. ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ НЕОБХОДИМ СЛЕДУЮЩИЙ АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ

- 1)+ госпитализация, хирургическое лечение – вскрытие субпериостального абсцесса, антибактериальная и противовоспалительная терапия
- 2) госпитализация, хирургическое лечение – вскрытие абсцесса
- 3) хирургическое лечение – вскрытие абсцесса в условиях поликлиники
- 4) хирургическое лечение – вскрытие абсцесса в условиях поликлиники, антибактериальная и противовоспалительная терапия

99. ТАКТИКОЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ, ОСЛОЖНИВШИМСЯ ФЛЕГМОНОЙ, БУДЕТ

- 1)+ вскрытие флегмоны, удаление зуба-источника инфекции после стихания острого воспаления
- 2) вскрытие флегмоны с одновременным удалением зуба-источника инфекции
- 3) вскрытие флегмоны, удаление зуба-источника инфекции не показано
- 4) произвести только удаление зуба

100. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ПРИЧИННОГО ВРЕМЕННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хронический остеомиелит
- 2) хронический пульпит
- 3) кариес дентина
- 4) кариес эмали

101. УДАЛЕНИЕ ЗАЧАТКА ПОСТОЯННОГО ЗУБА ПОКАЗАНО, ЕСЛИ ОН НАХОДИТСЯ

- 1)+ в зоне деструкции при хроническом воспалительном процессе
- 2) в линии перелома без смещения отломков
- 3) в полости зубосодержащей кисты
- 4) рядом со вколоченным вывихом временного зуба

102. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБУСЛАВЛИВАЕТ РАННЕЕ УДАЛЕНИЕ МОЛОЧНОГО ЗУБА

- 1)+ патологическая резорбция при хроническом воспалении
- 2) резорбция в результате новообразований
- 3) резорбция идиопатическая
- 4) физиологическая резорбция (III тип в области бифуркации корней)

103. ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПРИЧИННЫЙ ЗУБ 3.6 У РЕБЕНКА 16 ЛЕТ

- 1)+ однозначно удаляется
- 2) удаляется по показаниям
- 3) подлежит эндодонтическому лечению
- 4) подлежит динамическому наблюдению

104. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КОРНЕВЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ КИСТ ОТ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цистэктомия с резекцией верхушки корня зуба
- 2) цистотомия
- 3) цистотомия с удалением причинного зуба
- 4) цистэктомия с радикальной гайморотомией

105. ПРИЧИННЫЙ ЗУБ ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

- 1)+ удаляют обязательно
- 2) сохраняют обязательно
- 3) шинируют
- 4) депульпируют

106. ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ КОРНЕВЫХ КИСТАХ ОТ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ

- 1)+ цистотомия
- 2) цистэктомия
- 3) частичная резекция челюсти с костной пластикой
- 4) цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба

107. НЕОБХОДИМОСТЬ УДАЛЕНИЯ ЗАЧАТКА ПОСТОЯННОГО ЗУБА ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ В СЛУЧАЕ, КОГДА ЗАЧАТОК

- 1)+ в зоне деструкции при хроническом остеомиелите челюсти
- 2) рядом с вколоченным вывихом временного зуба
- 3) в полости радикулярной кисты
- 4) прилежит к зубу с хроническим периодонтитом

108. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТИ СОСТОИТ ИЗ

- 1)+ вскрытия поднадкостничного абсцесса, удаления причинного зуба, назначения сульфаниламидных и антигистаминных препаратов, ротовых ванн
- 2) пункции поднадкостничного абсцесса, создания оттока экссудата через корневые каналы причинного зуба, назначения ротовых ванн
- 3) вскрытия поднадкостничного абсцесса, назначения антибиотиков, ротовых ванн, ультразвуковой терапии
- 4) удаления причинного зуба, назначения сульфаниламидных и антигистаминных препаратов, ротовых ванн

109. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОСОДЕРЖАЩИХ КИСТ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цистомия без удаления постоянных зубов из полости кисты
- 2) пломбирование за верхушку «причинных» зубов
- 3) пломбирование зуба с резекцией верхушек корня
- 4) цистомия с удалением постоянных зубов из полости кисты

110. ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ВТОРИЧНОМ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ ВНЧС РЕБЁНКУ 5 ЛЕТ ПОКАЗАНА

- 1)+ остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением по Лимбергу
- 2) пращевидная повязка
- 3) остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением
- 4) физиотерапия

111. ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПРИЧИННЫЙ ПОСТОЯННЫЙ МНОГОКОРНЕВОЙ ЗУБ У ДЕТЕЙ

- 1)+ удаляется всегда
- 2) удаляется по показаниям
- 3) удаляется по настоянию родителей
- 4) не удаляется

112. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ПРИЧИННОГО ВРЕМЕННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хронический остеомиелит
- 2) хронический пульпит
- 3) кариес дентина
- 4) гипоплазия эмали

113. ОПЕРАЦИЯ ЦИСТЭКТОМИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ УДАЛЕНИЕ ОБОЛОЧКИ КИСТЫ

- 1)+ полное
- 2) вестибулярной ее стенки
- 3) нижней ее стенки
- 4) верхней ее стенки

114. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ВРЕМЕННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острый гнойный периостит
- 2) ушиб зуба
- 3) кариес эмали
- 4) неполный вывих

115. ЗУБОМ, ВЫЗВАВШИМ ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТРЫЙ ПЕРИОСТИТ И ОБЯЗАТЕЛЬНО ПОДЛЕЖАЩИМ УДАЛЕНИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ временный моляр
- 2) постоянный резец
- 3) постоянный клык
- 4) постоянный моляр

116. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ПРИЧИННОГО ВРЕМЕННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ развитие острого гнойного периостита
- 2) кариес эмали
- 3) кариес дентина
- 4) неполный вывих

117. ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ПРИЧИННЫЙ ВРЕМЕННЫЙ МНОГОКОРНЕВОЙ ЗУБ

- 1)+ всегда удаляется
- 2) трепанируется, пломбируется до верхушек корней
- 3) пломбируется и производится резекция верхушки корня
- 4) удаляется по показаниям

118. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ МОЛОЧНОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острый гнойный периостит челюсти
- 2) обострение хронического пульпита
- 3) гиперпластический пульпит
- 4) дентикль или петрификат пульпы

119. ТАКТИКА ВРАЧА ПО ОТНОШЕНИЮ К ПРИЧИННЫМ ПОСТОЯННЫМ МНОГОКОРНЕВЫМ ЗУБАМ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

- 1)+ зубы всегда удаляются
- 2) возможно сохранение зуба с несформированными корнями
- 3) зависит от степени тяжести течения остеомиелита, наличия осложненных форм течения
- 4) возможно сохранение зуба со сформированными корнями

120. ПРИ ЦИСТОТОМИИ ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1)+ тампонада полости кисты йодоформным тампоном
- 2) ушивание раны
- 3) дренирование перчаточной резиной
- 4) активный дренаж

121. ПРИНЦИПОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕПОЛНОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО ЗУБА СО СФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ репозиция, по показаниям фиксация, противовоспалительная терапия, наблюдение
- 2) трепанация и лечение зубов
- 3) наблюдение, лечение зуба по показаниям
- 4) фиксация зуба

122. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ПРИЧИННОГО ВРЕМЕННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хронический остеомиелит
- 2) острый серозный периостит
- 3) острый серозный лимфаденит
- 4) острый пульпит

123. ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ КОРНЕВЫХ КИСТАХ ОТ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ

- 1)+ цистотомия с сохранением зачатка постоянного зуба
- 2) цистэктомия с резекцией верхушки корня
- 3) частичная резекция челюсти
- 4) цистэктомия с удалением зуба

124. БОЛЬНОЙ С ФЛЕГМОНОЙ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ЖАЛУЕТСЯ НА

- 1)+ болезненную припухлость в поднижнечелюстной области
- 2) затруднённое открывание рта
- 3) боль в области нижней челюсти
- 4) боль при глотании

125. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ боль в причинном зубе, увеличение регионарных лимфатических узлов, отёк мягких тканей лица, сглаженность переходной складки
- 2) безболезненную деформацию тела нижней челюсти, при пальпации определение плотных, безболезненных участков
- 3) наличие секвестров на рентгенограмме и свищей в полости рта
- 4) цианотичность кожи на стороне поражения, множественные свищевые ходы

126. ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОДВИЖНЫЕ ИНТАКТНЫЕ ЗУБЫ В ОБЛАСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЛЕЖАТ

- 1)+ шинированию
- 2) удалению
- 3) депульпированию
- 4) избирательному шлифовыванию

127. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цистэктомия
- 2) криодеструкция
- 3) склерозирование
- 4) частичная резекция челюсти

128. ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ПРИЧИННЫЙ ВРЕМЕННЫЙ МНОГОКОРНЕВОЙ ЗУБ СЛЕДУЕТ

- 1)+ удалить
- 2) трепанировать и пломбировать
- 3) пломбировать и произвести резекцию верхушки корня
- 4) шинировать

129. ТАКТИКА ВРАЧА ПО ОТНОШЕНИЮ К ПРИЧИННЫМ ВРЕМЕННЫМ ЗУБАМ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

- 1)+ зубы всегда удаляются
- 2) терапевтическая санация зубов, если до физиологической смены больше 2 лет
- 3) терапевтическая санация зубов, если до физиологической смены больше 3 лет
- 4) зависит от тяжести течения острого остеомиелита

130. УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННОГО ПРИЧИННОГО ЗУБА ПРИ ЦИСТОТОМИИ ПО ПОВОДУ НЕНАГНОИВШЕЙСЯ ОДОНТОГЕННОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КИСТЫ ПРОВОДИТСЯ

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

131. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ПРИЧИННОГО ВРЕМЕННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острый остеомиелит
- 2) острый серозный периостит
- 3) острый серозный лимфаденит
- 4) неполный вывих

132. СМЕНА ЙОДОФОРМНОГО ТАМПОНА ПОСЛЕ ЦИСТОТОМИИ ПРОИЗВОДИТСЯ НА _____ СУТКИ

- 1)+ 7-8
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 12-14

133. ПОКАЗАНИЕМ К ВСКРЫТИЮ ГЕМАТОМЫ ПРОРЕЗЫВАНИЯ (КИСТЫ ПРОРЕЗЫВАНИЯ) СЧИТАЮТ

- 1)+ воспаление гематомы
- 2) величину гематомы
- 3) эстетический дефект
- 4) интенсивность окраски окружающих тканей

Тема 10. Пороки развития мягких тканей и слизистой оболочки рта.

1. ДИАГНОЗ «ВЫСОКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ НИЖНЕЙ ГУБЫ» СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- 1)+** клинического осмотра
- 2) рентгенологического исследования
- 3) опроса
- 4) жалоб

2. ВЫСОКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ НИЖНЕЙ ГУБЫ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ К

- 1)+** локальному пародонтиту
- 2) уплотнению центрального отдела нижней челюсти
- 3) нарушению соотношения челюстей
- 4) веерообразному расхождению зубов

3. ВЫСОКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ НИЖНЕЙ ГУБЫ У РЕБЕНКА МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ

- 1)+** рецессии десны
- 2) открытой ринолалии
- 3) анкилоглоссии
- 4) закрытой ринолалии

4. ВЫСОКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ НИЖНЕЙ ГУБЫ У РЕБЕНКА МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ

- 1)+** локального пародонтита
- 2) дефекта речи
- 3) нарушения дыхания
- 4) анкилоглоссии

5. ВРОЖДЕННЫЙ ПРЕДУШНЫЙ СВИЩ ОСЛОЖНЯЕТ

- 1)+** воспаление
- 2) кровоточивость
- 3) озлокачествление
- 4) нарушение слуха

6. УКОРОЧЕННАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- 1)+** уплотнения переднего участка нижнего зубного ряда
- 2) задержки прорезывания постоянных зубов
- 3) сужения верхнего зубного ряда
- 4) лингвоокклюзии

7. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+** безболезненным узлом в железе, не спаянным с окружающими тканями
- 2) болью, увеличением железы, гипосаливацией
- 3) незначительным уплотнением железы, с нарушением функций лицевого нерва
- 4) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

8. К ФАКТОРУ, СПОСОБСТВУЮЩЕМУ РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+** мелкое преддверие полости рта
- 2) неудовлетворительную гигиену полости рта
- 3) употребление кислых продуктов
- 4) снижение скорости слюноотделения

9. К ТИПИЧНЫМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ первичную частичную или полную адентию, сухость слизистой оболочки полости рта
- 2) увлажнение слизистой оболочки полости рта соответствует норме
- 3) количество прорезавшихся зубов во временном прикусе соответствует возрасту
- 4) количество зачатков постоянных зубов соответствует норме

10. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ

- 1)+ частичная или полная адентия, атрофия альвеолярных отростков, сухость слизистой оболочки
- 2) подвижность интактных зубов, боли при накусывании
- 3) желто-коричневые пятна на эмали всех зубов
- 4) меловидные и пигментированные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

11. САМЫМИ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ИЗ ОПУХОЛЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ сосудистые
- 2) эпителиальные
- 3) пигментные
- 4) фибропластические

12. ДИАГНОЗ «МЕЛКИЙ НИЖНИЙ СВОД ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА» СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- 1)+ клинического осмотра
- 2) опроса
- 3) рентгенологического исследования
- 4) жалоб

13. НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ У РЕБЕНКА МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ

- 1)+ рецессии десны
- 2) нарушения дыхания
- 3) открытой ринолалии
- 4) нарушения питания

14. НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИВОДИТ К

- 1)+ диастеме
- 2) ограничению подвижности нижней губы
- 3) увеличению подвижности зубов
- 4) тремам

15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ У ДЕТЕЙ ВИДОМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гемангиома
- 2) папиллома
- 3) фиброма
- 4) липома

16. ОЧЕНЬ ЧАСТО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА ОПУХОЛЬ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

- 1)+ гемангиома
- 2) остеома
- 3) остеобластокластома
- 4) папиллома

17. ФОЛЛИКУЛЯРНЫЕ КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ В ОТЛИЧИЕ ОТ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ КИСТ

- 1)+ медленнее растут
- 2) быстрее растут
- 3) чаще нагнаиваются
- 4) чаще воспаляются

18. ПРИЧИНОЙ ДИАСТЕМЫ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ низко прикрепленная уздечка верхней губы
- 2) макроденития
- 3) укороченная уздечка языка
- 4) мелкое преддверие полости рта

19. ИЗМЕНИТЬ ЦВЕТ КОЖИ В ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ МОЖЕТ

- 1)+ гемангиома
- 2) лимфангиома
- 3) аплазия слюнной железы
- 4) боковая киста шеи

20. ДИАГНОЗ «КОРОТКАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА» СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- 1)+ клинического осмотра
- 2) опроса
- 3) рентгенологического исследования
- 4) анамнеза

21. ДЛЯ ГЛОБУЛОМАКСИЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕЖДУ

- 1)+ боковым резцом и клыком
- 2) боковым и центральным резцом
- 3) клыком и первым премоляром
- 4) первым и вторым премоляром

22. ДИАГНОЗ «НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ» СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- 1)+ клинического осмотра
- 2) опроса
- 3) рентгенологического исследования
- 4) анамнеза

23. УКОРОЧЕННАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- 1)+ нарушения глотания
- 2) задержки прорезывания постоянных зубов
- 3) сужения верхнего зубного ряда
- 4) лингвоокклюзии

24. НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ У РЕБЕНКА МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ

- 1)+ диастемы
- 2) закрытой ринолалии
- 3) макрогении
- 4) нарушения дыхания

25. ПРИЧИНОЙ ДИАСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ короткая уздечка верхней губы
- 2) мелкое преддверие полости рта
- 3) глубокое преддверие полости рта
- 4) длинная уздечка верхней губы

Тема 11. Профилактика стоматологических заболеваний у детей и подростков.

1. ЭКЗОГЕННЫМ МЕТОДОМ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ покрытие зубов фторлаком
- 2) фторирование питьевой воды
- 3) фторирование молока
- 4) прием таблеток фторида натрия

2. ФТОРИДОСОДЕРЖАЩИЕ ОПОЛАСКИВАТЕЛИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЕТЯМ С ВОЗРАСТА (ЛЕТ)

- 1)+ 6
- 2) 3
- 3) 10
- 4) 12

3. ПОКАЗАНИЕМ К ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие узких глубоких фиссур
- 2) кариес фиссур в пределах дентина
- 3) страх перед стоматологическим вмешательством
- 4) наличие несъемных ортодонтических аппаратов

4. ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ПОКАЗАНО ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- 1)+ 6 - 8
- 2) 9 - 12
- 3) 12 -14
- 4) 16-18

5. ЭКСТРАКТЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В ДЕТСКИЕ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ ДОБАВЛЯЮТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

- 1)+ гингивита
- 2) кариеса
- 3) флюороза
- 4) гипоплазии эмали

6. К ЭНДОГЕННЫМ МЕТОДАМ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ фторирование питьевой воды
- 2) аппликации фторидсодержащим гелем
- 3) чистка зубов фторидсодержащими пастами
- 4) полоскания фторидсодержащими растворами

7. ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ резиновые конусы
- 2) вращающиеся щетки
- 3) резиновые колпачки
- 4) полировочные диски

8. ДЕТЯМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ФТОРИДОСОДЕРЖАЩИЕ ОПОЛАСКИВАТЕЛИ С ВОЗРАСТА (ЛЕТ)

- 1)+ 6
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 12

9. МЕЖЗУБНЫЕ ЕРШИКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЕТЯМ С

- 1)+ брекет-системами
- 2) гингивитом
- 3) флюорозом
- 4) начальным кариесом

10. ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ПЕРВЫХ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ силиконовую щетку-напальчник
- 2) детскую зубную щетку и зубную пасту
- 3) зубную щетку средней жесткости
- 4) электрическую зубную щетку

11. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОЛОСКАНИЕ ПОЛОСТИ РТА РАСТВОРАМИ ФТОРИДОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЕТЯМ С ВОЗРАСТА (В ГОДАХ)

- 1)+ 7
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 10

12. В КАЧЕСТВЕ АКТИВНОГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ ПРОТИВОКАРИОЗНЫХ ЗУБНЫХ ПАСТ ВВОДЯТ

- 1)+ монофторфосфат натрия
- 2) диоксид кремния
- 3) лаурилсульфат натрия
- 4) карбонат кальция

13. КОНТРОЛЕМ КАЧЕСТВА ЧИСТКИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ СЛУЖИТ

- 1)+ отсутствие видимого зубного налета
- 2) отсутствие неприятного запаха изо рта
- 3) достаточное время чистки зубов
- 4) правильная техника чистки зубов

14. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ В СОСТАВ ДЕТСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ВКЛЮЧАЮТ СОЕДИНЕНИЯ

- 1)+ кальция
- 2) калия
- 3) железа
- 4) олова

15. ОСНОВНЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ НАЛЕТА С ПРОКСИМАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ зубная нить
- 2) зубная щетка
- 3) зубная паста
- 4) ополаскиватель

16. ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЕТ ПРОФИЛАКТИКЕ

- 1)+ кариеса
- 2) флюороза
- 3) гипоплазии эмали
- 4) зубочелюстных аномалий

17. НАИБОЛЕЕ ПРОСТОЙ МЕТОДИКОЙ ПОДГОТОВКИ ЗУБОВ К АППЛИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА

- 1)+ с помощью зубной щетки и пасты
- 2) специальным порошком
- 3) специальными приспособлениями и инструментами
- 4) полировочной пастой

18. ДЕТЯМ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ФТОРИДОВ (PPM)

- 1)+ 1000-1450
- 2) 100-200
- 3) 500-1000
- 4) 2500-5000

19. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ПРЕДМЕТАМ ГИГИЕНЫ ОТНОСЯТ ЗУБНЫЕ

- 1)+ ершики
- 2) пасты
- 3) порошки
- 4) щетки

20. СУПЕРФЛОССЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЕТЯМ ПРИ НАЛИЧИИ

- 1)+ брекет-систем
- 2) скученности зубов
- 3) кариеса зубов
- 4) заболеваний пародонта

21. ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ УМЕРЕННЫХ ШИРОТ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ/Л)

- 1)+ 1,0-1,2
- 2) 2,0-3,0
- 3) 0,5-0,9
- 4) 0,3-0,8

22. ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ВТОРЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 12-13
- 2) 6-8
- 3) 9-10
- 4) 15-16

23. ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С НИЗКОЙ АБРАЗИВНОСТЬЮ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

- 1)+ детьми младше 10-12 лет
- 2) пациентами с флюорозом
- 3) лицами, злоупотребляющими курением
- 4) пациентами с ортодонтическими конструкциями

24. В КАЧЕСТВЕ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИХ КОМПОНЕНТОВ В СОСТАВ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ВКЛЮЧАЮТ ФТОРИД НАТРИЯ И

- 1)+ монофторфосфат, фторид олова, аминофторид
- 2) монофторфосфат, фторид олова, фторид кальция
- 3) аминофторид, фторид кальция, фторид железа
- 4) фторид олова, фторид кальция

25. ЭНДОГЕННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ

- 1)+ в антенатальном периоде
- 2) на третьем году жизни
- 3) только после прорезывания всех временных зубов
- 4) только при искусственном вскармливании

26. ЗУБНАЯ ЩЕТКА С ПРОДОЛЬНЫМ V-ОБРАЗНЫМ УГЛУБЛЕНИЕМ РАБОЧЕЙ ЧАСТИ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ ДЕТЕЙ С

- 1)+ брекет-системами
- 2) съемными ортодонтическими пластинками
- 3) скученностью зубов
- 4) заболеваниями пародонта

27. В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА РЕБЕНКУ СТАРШЕ 6 ЛЕТ С КАРИЕСОМ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ ЗУБНУЮ ПАСТУ

- 1)+ с фторидом в концентрации более 1000 ppm
- 2) без фторидов
- 3) с фторидом в концентрации не более 500 ppm
- 4) с триклозаном

28. НАИЛУЧШЕЕ ОЧИЩАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ДОСТИГАЕТСЯ ПРИ ВВЕДЕНИИ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ В КАЧЕСТВЕ АБРАЗИВНОГО КОМПОНЕНТА

- 1)+ диоксида кремния
- 2) карбоната кальция
- 3) химически осажденного мела
- 4) дикальцийфосфата

29. ОЧИЩЕНИЕ ГЛАДКИХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ КРУГОВЫМИ ДВИЖЕНИЯМИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ МЕТОД

- 1)+ Fones
- 2) Leonard
- 3) Bass
- 4) Stillman

30. К ЭКЗОГЕННЫМ МЕТОДАМ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ покрытие зубов фторлаком
- 2) употребление фторированного молока
- 3) прием фторидсодержащих таблеток
- 4) фторирование поваренной соли

31. В КАЧЕСТВЕ ПОДСЛАСТИТЕЛЕЙ В ЖЕВАТЕЛЬНОЙ РЕЗИНКЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ сорбитол
- 2) тимол
- 3) крезол
- 4) хлоргексидин

32. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ПИГМЕНТИРОВАННОГО НАЛЁТА ВОЗДУШНО-АБРАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ гидрокарбонат натрия
- 2) сульфат кальция
- 3) фторид натрия
- 4) карбонат кальция

33. ФТОРИДСОДЕРЖАЩИЕ СРЕДСТВА В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

- 1)+ кариеса зубов
- 2) зубочелюстных аномалий
- 3) воспалительных заболеваний пародонта
- 4) заболеваний слизистой оболочки рта

34. ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЕТ ПРОФИЛАКТИКЕ

- 1)+ воспалительных заболеваний пародонта
- 2) инфекционных заболеваний слизистой оболочки рта
- 3) некариозных поражений твердых тканей зубов
- 4) аномалий положения зубов

35. ДЕТЯМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИЕ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С ВОЗРАСТА (В ГОДАХ)

- 1)+ 2
- 2) 4
- 3) 6
- 4) 12

36. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ЖЕВАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОЧИЩАТЬ ОТ НАЛЕТА С ПОМОЩЬЮ

- 1)+ щеточек и полировочных паст
- 2) резиновых колпачков
- 3) флоссов
- 4) штрипсов

37. УДАЛЕНИЕ МЯГКОГО ЗУБНОГО НАЛЕТА У ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЕТ ПРОФИЛАКТИКЕ

- 1)+ кариеса
- 2) флюороза
- 3) зубочелюстных аномалий
- 4) клиновидного дефекта

38. ФТОРИСТЫЙ НАТРИЙ _____ ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ

- 1)+ понижает
- 2) повышает
- 3) не изменяет
- 4) стабилизирует

39. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА В СОСТАВ ДЕТСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ аминифториды
- 2) триклозан
- 3) хлоргексидин
- 4) сорбитол

40. МОНОФТОРФОСФАТ НАТРИЯ В СОСТАВЕ ЗУБНЫХ ПАСТ ОБУСЛОВЛИВАЕТ ИХ ДЕЙСТВИЕ

- 1)+ противокариозное
- 2) противовоспалительное
- 3) десенсиитивное
- 4) отбеливающее

41. АБРАЗИВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ В СОСТАВЕ ДЕТСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ СПОСОБСТВУЮТ

- 1)+ удалению зубного налета
- 2) сохранению влаги
- 3) пенообразованию
- 4) увеличению срока годности

42. РАЗМЕР РАБОЧЕЙ ЧАСТИ ЗУБНОЙ ЩЕТКИ ДЛЯ ДЕТЕЙ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ (В ММ)

- 1)+ 25
- 2) 10
- 3) 20
- 4) 40

43. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА В СОСТАВ ДЕТСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ фторид натрия
- 2) нитрат калия
- 3) пирофосфат натрия
- 4) лаурилсульфат натрия

44. В КАЧЕСТВЕ ПЕНООБРАЗУЮЩЕГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ВВОДЯТ

- 1)+ лаурилсульфат натрия
- 2) дикальцийфосфат
- 3) полиэтиленгликоль
- 4) гидроколлоиды

45. ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ НАЛЕТА С ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ вращающиеся щеточки
- 2) резиновые колпачки
- 3) резиновые конусы
- 4) полировочные диски

46. СНИЖЕНИЮ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ употребление твердой пищи
- 2) высокое содержание в пище сахаров
- 3) увеличение частоты приема пищи
- 4) употребление мягкой пищи

47. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ДЕТЬМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышенное содержание фторида в питьевой воде
- 2) неудовлетворительная гигиена полости рта
- 3) наличие большого количества пломб
- 4) низкое содержание фторида в воде

48. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ ВСЕХ ЗУБНЫХ ПАСТ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ абразивы
- 2) фториды
- 3) витамины
- 4) антисептики

49. ПРОВЕДЕНИЕ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ЧИСТКИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЕТ ПРОФИЛАКТИКЕ

- 1)+ гингивита
- 2) флюороза
- 3) зубочелюстных аномалий
- 4) клиновидного дефекта

50. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА В СОСТАВ ДЕТСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ глицерофосфат кальция
- 2) нитрат калия
- 3) хлорид стронция
- 4) пирофосфат натрия

51. УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ОТНОСИТСЯ К

- 1)+ первичной профилактике стоматологических заболеваний
- 2) вторичной профилактике стоматологических заболеваний
- 3) третичной профилактике стоматологических заболеваний
- 4) эпидемиологическому обследованию населения

52. В РАЙОНЕ С НИЗКИМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ БУДЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ таблеток фторида натрия
- 2) фторидсодержащих растворов для полосканий
- 3) фторидсодержащих зубных паст
- 4) фторидсодержащего лака (геля)

53. РЕБЕНОК С ПРИВЫЧКОЙ СОСАНИЯ ПАЛЬЦА НУЖДАЕТСЯ В

- 1)+ консультации невролога
- 2) лечебных мероприятиях
- 3) хирургическом лечении
- 4) наблюдении

54. ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ БУТРОВ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ПРОИЗВОДИТСЯ ДЛЯ

- 1)+ профилактики аномалий окклюзии
- 2) эстетического эффекта
- 3) стимуляции прорезывания постоянных зубов
- 4) профилактики ретенции зубов

55. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОЛОСКАНИЯ 0,2% РАСТВОРОМ ФТОРИДА НАТРИЯ ПРОВОДЯТ

- 1)+ 1 раз в 2 недели
- 2) 1 раз в неделю
- 3) ежедневно
- 4) 1 раз в месяц

56. РОДИТЕЛИ ДОЛЖНЫ НАЧИНАТЬ ЧИСТИТЬ ДЕТЯМ ЗУБЫ С

- 1)+ момента прорезывания первого временного зуба
- 2) 1 года
- 3) 2 лет
- 4) после прорезывания всех временных зубов

57. ДЕТЯМ ДО 4 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ _____ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

- 1)+ гигиенические
- 2) содержащие антисептики
- 3) содержащие ферменты
- 4) отбеливающие

58. ЭКСТРАКТЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ДОБАВЛЯЮТ В СОСТАВ ДЕТСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

- 1)+ гингивита
- 2) кариеса
- 3) флюороза
- 4) эрозии зубов

59. ОБУЧЕНИЕ ЧИСТКЕ ЗУБОВ СПОСОБСТВУЕТ ПРОФИЛАКТИКЕ

- 1)+ гингивита
- 2) флюороза
- 3) зубочелюстных аномалий
- 4) клиновидного дефекта

60. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ СИСТЕМНЫХ МЕТОДОВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ ПРИНЯТО СЧИТАТЬ

- 1)+ низкое содержание фторидов в питьевой воде
- 2) плохую гигиену полости рта
- 3) наследственное нарушение развития эмали и дентина
- 4) перенесенные на первом году жизни инфекционные заболевания

61. ЦЕЛЬЮ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ее изоляция от действия кариесогенных факторов
- 2) профилактика стираемости эмали
- 3) лечение начального кариеса
- 4) профилактика суперконтактов

62. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОЛОСКАНИЯ 0,05% РАСТВОРОМ ФТОРИДА НАТРИЯ ПРОВОДЯТ

- 1)+ ежедневно
- 2) 1 раз в неделю
- 3) 1 раз в 2 недели
- 4) 1 раз в месяц

63. ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ВТОРЫХ МОЛЯРОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ

- 1)+ 12-13
- 2) 6-8
- 3) 10-11
- 4) 4-5

64. РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 3 ЛЕТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ФТОРИДСОДЕРЖАЩУЮ ПАСТУ (В РРМ ФТОРИДОВ)

- 1)+ 500
- 2) 1450
- 3) 1000
- 4) 2300

65. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ герметизация фиссур
- 2) стоматологическое просвещение
- 3) санация полости рта
- 4) диспансеризация

66. НЕДОСТАТКОМ ПРОЗРАЧНОГО ГЕРМЕТИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трудность при оценке сохранности
- 2) плохая ретенция материала
- 3) низкая механическая прочность материала
- 4) малая эстетичность герметика

67. ИНГИБИТОРАМИ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ЗУБНОГО НАЛЕТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ пирофосфаты
- 2) фториды
- 3) иммуноглобулины
- 4) кристаллы фосфата кальция

68. СИЛАНТЫ - МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ

- 1)+ герметизации фиссур
- 2) пломбирования кариозных полостей
- 3) пломбирования корневых каналов
- 4) изолирующих прокладок

69. НЕДОСТАТОК ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ФАКТОРОМ

- 1)+ экзогенным общим
- 2) эндогенным общим
- 3) экзогенным местным
- 4) эндогенным местным

70. ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ НАЛЕТА В СОСТАВ ДЕТСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ВКЛЮЧАЮТ _____ КОМПОНЕНТЫ

- 1)+ абразивные
- 2) пенообразующие
- 3) связующие
- 4) увлажняющие

71. В КАЧЕСТВЕ АБРАЗИВНОГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ ДЕТСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ВВОДЯТ

- 1)+ диоксид кремния
- 2) монофторфосфат натрия
- 3) хлорид стронция
- 4) гидроксипатит

72. ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ПОНИЖАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ

- 1)+ глюконата кальция
- 2) углеводистой пищи
- 3) ультрафиолетового облучения
- 4) цитрусовых

73. ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ПРЕМОЛЯРОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- 1)+ 9 – 12
- 2) 12 -14
- 3) 6 – 8
- 4) 16-18

74. ЦЕЛЬЮ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ изоляция фиссуры от действия кариесогенных факторов
- 2) профилактика стираемости эмали
- 3) лечение начального кариеса
- 4) профилактика суперконтактов

75. СОЕДИНЕНИЯ КАЛЬЦИЯ ВХОДЯТ В СОСТАВ ДЕТСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ В КАЧЕСТВЕ КОМПОНЕНТА

- 1)+ противокариозного
- 2) связующего
- 3) отбеливающего
- 4) пенообразующего

76. ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ своевременное лечение кариеса временных зубов
- 2) реминерализирующая терапия
- 3) полноценное питание ребенка на первом году жизни
- 4) прием фторидсодержащих таблеток

77. ЗУБНАЯ НИТЬ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ НАЛЕТА С ПОВЕРХНОСТЕЙ _____ ЗУБОВ

- 1)+ контактных
- 2) вестибулярных
- 3) оральных
- 4) окклюзионных

78. ЧИСТИТЬ ЗУБЫ ЗУБНОЙ ЩЕТКОЙ НЕОБХОДИМО

- 1)+ после прорезывания первых временных зубов
- 2) при прорезывании постоянных зубов
- 3) с года
- 4) с трех лет

79. В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ

- 1)+ конфеты
- 2) творог
- 3) овощи
- 4) мясо

80. ДЕТЯМ 2 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА ДЛЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ детские зубные пасты на гелевой основе
- 2) зубные пасты с высоким содержанием фторида
- 3) зубной порошок
- 4) гигиенические зубные пасты на меловой основе

81. САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЛОССОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ С ВОЗРАСТА _____ ЛЕТ

- 1)+ 9-12
- 2) 4-5
- 3) 6-8
- 4) 15-16

82. РАСТВОР ШИЛЛЕРА-ПИСАРЕВА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ

- 1)+ зубного налета
- 2) кутикулы
- 3) начального кариеса
- 4) пищевых остатков

83. ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ 2 ЛЕТ ДЛЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ детские зубные пасты на гелевой основе
- 2) зубные пасты с высоким содержанием фторида
- 3) зубной порошок
- 4) гигиенические зубные пасты на меловой основе

84. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ В СОСТАВ ДЕТСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ВКЛЮЧАЮТ СОЕДИНЕНИЯ

- 1)+ фтора
- 2) калия
- 3) железа
- 4) стронция

85. РЕБЕНОК С ПРИВЫЧКОЙ ПРОКЛАДЫВАНИЯ ЯЗЫКА МЕЖДУ ЗУБАМИ НУЖДАЕТСЯ В

- 1)+ профилактических мероприятий
- 2) лечебных мероприятий
- 3) хирургическом лечении
- 4) наблюдении

86. ПОЛОСКАНИЯ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИМИ РАСТВОРАМИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА РЕКОМЕНДУЮТ ПРОВОДИТЬ С ВОЗРАСТА (ЛЕТ)

- 1)+ 6
- 2) 3
- 3) 10
- 4) 12

87. ДЕТЯМ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ межзубные ершики
- 2) зубную щетку с ровной подстрижкой щетины
- 3) жевательную резинку
- 4) зубочистки

88. ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЖЕВАТЕЛЬНУЮ РЕЗИНКУ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ, СОСТАВЛЯЕТ (В МИНУТАХ)

- 1)+ 5-10
- 2) 1-5
- 3) 20-30
- 4) более 60

89. ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ФИССУР МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ в первые месяцы после прорезывания зуба на стадии незрелой эмали
- 2) через год после естественной минерализации
- 3) в любое время
- 4) через 2 года после прорезывания зуба

90. ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ кальций, фосфор, фтор
- 2) кальций, фтор, ванадий
- 3) фтор, фосфор, цинк
- 4) фтор, кобальт, фосфор

91. ОБУЧЕНИЕ ЧИСТКЕ ЗУБОВ СПОСОБСТВУЕТ ПРОФИЛАКТИКЕ

- 1)+ кариеса
- 2) флюороза
- 3) зубочелюстных аномалий
- 4) клиновидного дефекта

92. В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ

- 1)+ конфеты
- 2) творог
- 3) овощи
- 4) мясо

93. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОЛОСКАНИЯ 0,1% РАСТВОРОМ ФТОРИДА НАТРИЯ ПРОВОДЯТ

- 1)+ 1 раз в неделю
- 2) ежедневно
- 3) 1 раз в 2 недели
- 4) 1 раз в месяц

94. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА В СОСТАВ ДЕТСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ВКЛЮЧАЮТ _____ НАТРИЯ

- 1)+ монофторфосфат
- 2) пирофосфат
- 3) лаурилсульфат
- 4) силикат

95. РЕБЕНОК С ПРИВЫЧКОЙ ПРИКУСЫВАНИЯ НИЖНЕЙ ГУБЫ НУЖДАЕТСЯ В

- 1)+ профилактических мероприятиях
- 2) лечебных мероприятиях
- 3) хирургическом лечении
- 4) наблюдении

96. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ СИСТЕМНЫХ МЕТОДОВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА У 12-ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ

- 1)+ средний, высокий, очень высокий
- 2) очень низкий, низкий, средний
- 3) очень низкий, средний, высокий
- 4) низкий, средний, высокий

97. КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРИДА В ОПОЛАСКИВАТЕЛЕ ДЛЯ ЕЖЕДНЕВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ РЕБЕНКОМ СТАРШЕ 6 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 0,05
- 2) 0,1
- 3) 0,2
- 4) 0,5

98. КРУГОВОЙ МЕТОД ЧИСТКИ ЗУБОВ FONES РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ

- 1)+ детям дошкольного возраста
- 2) школьникам
- 3) взрослым
- 4) лицам пожилого возраста

99. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ НАЛЕТА С ПРОКСИМАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ межзубные ершики
- 2) монопучковые щетки
- 3) ирригатор
- 4) жевательную резинку

100. ПОСЛЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПРОВОДЯТ

- 1)+ покрытие зубов фторлаком
- 2) окрашивание зубов йодсодержащим раствором
- 3) определение индексов гигиены
- 4) контролирующую чистку зубов

101. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ, ПРОШЕДШИХ САНАЦИЮ ПОЛОСТИ РТА В УСЛОВИЯХ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ

- 1)+ не реже 4 раз в год
- 2) 1 раз в год
- 3) при наличии жалоб
- 4) каждый месяц

102. ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБНОГО НАЛЕТА В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ диоксид кремния
- 2) хлоргексидина биглюконат
- 3) лаурилсульфат натрия
- 4) фторид натрия

103. ФТОРИДСОДЕРЖАЩИЕ ГЕЛИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ У ДЕТЕЙ С ВОЗРАСТА (В ГОДАХ)

- 1)+ 6
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 12

104. ДЛЯ ПОЛОСКАНИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОРЫ ФТОРИДА НАТРИЯ В КОНЦЕНТРАЦИИ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 0,05; 0,1; 0,2
- 2) 0,1; 0,2; 0,5
- 3) 0,01; 0,02; 0,05
- 4) 0,5; 1; 2

105. ДЕТАМ С РАННИМ ДЕТСКИМ КАРИЕСОМ ДЛЯ ЕЖЕДНЕВНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ЩЁТКУ И ПАСТУ _____ ФТОРИДА

- 1)+ содержащую 500 ppm
- 2) без содержания
- 3) содержащую 5000 ppm
- 4) содержащую 1450 ppm

106. ПОЛОСКАНИЕ РАСТВОРОМ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ФТОРИДА 0,05% РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ДЕТЯМ

- 1)+ ежедневно
- 2) 2-3 раза в неделю
- 3) 1 раз в две недели
- 4) 1 раз в месяц

107. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ДЛЯ ВСЕХ ЗУБНЫХ ПАСТ ЯВЛЯЮТСЯ КОМПОНЕНТЫ

- 1)+ увлажняющие
- 2) противокариозные
- 3) противовоспалительные
- 4) отбеливающие

108. ПРОЦЕДУРА ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРОТРАВЛИВАНИЕ ЭМАЛИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

- 1)+ стеклоиономерного цемента
- 2) герметика химического отверждения
- 3) герметика светового отверждения
- 4) низкомолекулярного композита

109. ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ КАРИЕСА ЗУБОВ В СОСТАВ ДЕТСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ВКЛЮЧАЮТ СОЕДИНЕНИЯ

- 1)+ кальция
- 2) калия
- 3) железа
- 4) стронция

110. ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ исключение травматических факторов в домашней обстановке
- 2) своевременную санацию полости рта
- 3) применение кальцийсодержащих минеральных комплексов внутрь
- 4) использование защитных назубных капп

111. В КАЧЕСТВЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В ЗУБНЫХ ПАСТАХ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ цетилпиридиния хлорид
- 2) натрий гипохлорид
- 3) натрия салицилат
- 4) кальция глюконат

112. В КАЧЕСТВЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ВВОДЯТ

- 1)+ триклозан
- 2) фториды
- 3) карбамид
- 4) гидроксиапатит

113. ИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЗУБОВ ВКЛЮЧАЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

- 1)+ препарирования фиссуры в пределах эмали
- 2) изоляции зуба от ротовой жидкости
- 3) профессионального очищения фиссуры
- 4) диагностики состояния фиссуры

114. ПРЕДМЕТОМ ГИГИЕНЫ ДЛЯ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ скребок для языка
- 2) зубная паста
- 3) зубной порошок
- 4) ополаскиватель

115. КСИЛИТОЛ В СОСТАВЕ ДЕТСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ снижению роста кариесогенных бактерий
- 2) реминерализации эмали
- 3) ингибированию минерализации зубного налета
- 4) уменьшению кровоточивости десен

116. ГИДРОКСИАПАТИТ ВКЛЮЧАЮТ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ реминерализации эмали
- 2) отбеливания зубов
- 3) профилактики кровоточивости десен
- 4) повышения пенообразования

117. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кариес дентина
- 2) начальный кариес
- 3) кариес эмали
- 4) интактная поверхность эмали

118. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ОПОЛАСКИВАТЕЛИ, СОДЕРЖАЩИЕ

- 1)+ фторид натрия
- 2) триклозан
- 3) хлоргексидин
- 4) нитрат калия

119. ПРОФИЛАКТИКЕ ЭРОЗИИ ЗУБОВ У ПОДРОСТКОВ СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ ограничение употребления сладких газированных напитков
- 2) чистка зубов дважды в день
- 3) полоскание рта хлоргексидином
- 4) отказ от курения

120. ДЛЯ АППЛИКАЦИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР ФТОРИДА НАТРИЯ В КОНЦЕНТРАЦИИ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 2
- 2) 0,05
- 3) 0,1
- 4) 0,2

121. РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ СПОСОБСТВУЮТ КОМПОНЕНТЫ ДЕТСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ

- 1)+ фториды
- 2) антисептики
- 3) пирофосфаты
- 4) ксилитол

122. ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДОЛЖНА НАЧИНАТЬСЯ

- 1)+ в период внутриутробного развития плода
- 2) на первом году жизни ребенка
- 3) после прорезывания временных зубов
- 4) после прорезывания постоянных зубов

123. ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ использование защитных на зубных капп при занятиях спортом
- 2) реминерализацию и фторирование твердых тканей зубов
- 3) применение кальцийсодержащих минеральных комплексов внутрь
- 4) использование ортодонтических пластинок при занятиях спортом

124. КСИЛИТОЛ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В СОСТАВЕ ДЕТСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ КАК КОМПОНЕНТ

- 1)+ противокариозный
- 2) противовоспалительный
- 3) отбеливающий
- 4) пенообразующий

125. К ЭКЗОГЕННЫМ МЕТОДАМ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ чистку зубов фторидсодержащими пастами
- 2) употребление фторированного молока
- 3) прием фторидсодержащих таблеток
- 4) фторирование поваренной соли

126. СИЛИКОНОВУЮ ЩЕТКУ-НАПАЛЬНИК РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ

- 1)+ первых временных зубов
- 2) съемных ортодонтических конструкций
- 3) брекет-систем
- 4) дёсен

127. ПОЛОСКАНИЕ РАСТВОРОМ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ФТОРИДА 0,1% РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ДЕТЯМ

- 1)+ 1 раз в неделю
- 2) 2-3 раза в неделю
- 3) 1 раз в две недели
- 4) 1 раз в месяц

128. ПАЦИЕНТАМ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ ирригатор
- 2) зубочистки
- 3) двустороннюю щетку
- 4) жевательную резинку

129. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОИТЬ РЕБЕНКА

- 1)+ обычной водой
- 2) фруктовыми соками
- 3) подслащенной водой
- 4) молоком

130. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ВКЛЮЧАЮТ СОЕДИНЕНИЯ

- 1)+ глицерофосфата кальция
- 2) нитрата калия
- 3) хлоргексидина биглюконата
- 4) диоксида кремния

131. РОЛЬ ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА В СОСТАВЕ ЗУБНОЙ ПАСТЫ ВЫПОЛНЯЕТ

- 1)+ ализариновое масло
- 2) пирофосфат
- 3) триклозан
- 4) бромелаин

132. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неполное прорезывание жевательной поверхности
- 2) наличие узких глубоких фиссур
- 3) отсутствие контакта с зубом-антагонистом
- 4) наличие несъемных ортодонтических аппаратов

133. ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ У ПОДРОСТКОВ СПОСОБСТВУЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ зубной нити
- 2) монопучковой щетки
- 3) зубочистки
- 4) жевательной резинки

134. ПРИ ПОМОЩИ ФЛОССОВ УДАЛЯЮТ ЗУБНОЙ НАЛЕТ С _____ ПОВЕРХНОСТЕЙ

- 1)+ аппроксимальных
- 2) вестибулярных
- 3) оральных
- 4) окклюзионных

135. ДЕТЯМ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ В КАЧЕСТВЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ суперфлоссы
- 2) невоощенные флоссы
- 3) зубочистки
- 4) жевательную резинку

136. СПЕЦИФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ герметизация фиссур
- 2) обучение гигиене полости рта
- 3) чистка зубов фторидсодержащими пастами
- 4) стоматологическое просвещение

137. ПРИ СОДЕРЖАНИИ ФТОРА _____ МГ/Л В ВОДЕ МОЖНО НАЗНАЧИТЬ ФТОРСОДЕРЖАЩИЕ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

- 1)+ 0,1
- 2) 2
- 3) 10
- 4) 1

138. ПОВЫШЕНИЮ ПРОТИВОКАРИОЗНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИХ ЗУБНЫХ ПАСТ У ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЕТ ПРИМЕНЕНИЕ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ, СОДЕРЖАЩИХ

- 1)+ фторид натрия
- 2) хлоргексидин
- 3) триклозан
- 4) аллантоин

Тема 12. Пульпит и периодонтит временных и постоянных зубов.

1. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ПЕРИОДОНТИТЕ, ЯВЛЯЮЩЕМСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПУЛЬПИТА, МИКРОБНАЯ ФЛОРА ПОСТУПАЕТ В ПЕРИОДОНТ ЧЕРЕЗ

- 1)+ апикальное отверстие
- 2) маргинальный периодонт
- 3) костную ткань
- 4) слизистую оболочку

2. ОБНАРУЖЕНИЕ ОБЛИТЕРАЦИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПОСЛЕ ТРАВМЫ

- 1)+ не требует вмешательства
- 2) требует немедленного эндодонтического вмешательства
- 3) требует немедленной частичной ампутации коронковой пульпы
- 4) требует немедленной высокой ампутации пульпы

3. СОХРАНЕНИЕ БОЛИ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ РАЗДРАЖИТЕЛЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ хронического фиброзного пульпита
- 2) хронического фиброзного периодонтита
- 3) среднего кариеса
- 4) глубокого кариеса

4. ДИАГНОЗУ «ПУЛЬПИТ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- 1)+ K04.0
- 2) K04.1
- 3) K04.2
- 4) K04.9

5. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА БАЗИРУЕТСЯ НА ДАННЫХ

- 1)+ рентгенографии
- 2) реоплетизмографии
- 3) реопародонтографии
- 4) денситометрии

6. НОЧНЫЕ ИРРАДИРУЮЩИЕ БОЛИ С КОРОТКИМИ СВЕТЛЫМИ ПРОМЕЖУТКАМИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ острого диффузного пульпита
- 2) глубокого кариеса
- 3) хронического периодонтита
- 4) хронического пульпита

7. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЗОРБЦИЯ КОРНЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ АКТИВИЗАЦИИ КЛЕТОК

- 1)+ остеокластов
- 2) остеобластов
- 3) остеоцитов
- 4) одонтобластов

8. У ДЕТЕЙ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС МОГУТ ВОВЛЕКАТЬСЯ ОКРУЖАЮЩИЕ ЗУБ ТКАНИ (ПЕРИОДОНТ, КОСТЬ, НАДКОСТНИЦА), РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ И МЯГКИЕ ТКАНИ ЛИЦА ПРИ ПУЛЬПИТЕ

- 1)+ острым диффузном
- 2) хроническом фиброзном
- 3) хроническом гипертрофическом
- 4) острым очаговым

9. ПРИ ГАНГРЕНОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПУЛЬПЫ

- 1)+ только в устье каналов или глубине каналов
- 2) только по всему дну пульповой камеры
- 3) только по всему дну кариозной полости
- 4) резкая в области вскрытого рога пульпы

10. ПОКАЗАТЕЛИ ЭОД ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАНГРЕНОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ПОСТОЯННОГО СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА СООТВЕТСТВУЮТ _____ МКА

- 1)+ 80-100
- 2) 20-60
- 3) 5-8
- 4) 100-200

11. ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ СО СТОРОНЫ ПЕРИОДОНТА ПРИ ФОРМЕ ПУЛЬПИТА

- 1)+ обострении хронического
- 2) остром очаговом
- 3) хроническом гангренозном
- 4) хроническом гипертрофическом

12. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО ДИФFUЗНОГО ПУЛЬПИТА В СФОРМИРОВАННОМ ПОСТОЯННОМ ЗУБЕ

- 1)+ боли самопроизвольные, ночные, приступообразные, длительные, с короткими светлыми промежутками, иррадиирующие
- 2) боли постоянные, усиливающиеся при накусывании на зуб
- 3) боли от раздражителей, приступообразные, с короткими болевыми приступами и длительными светлыми промежутками, локальные
- 4) боли постоянные, усиливающиеся при приеме сладкой или кислой пищи

13. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО МОЛЯРА ТОКСИНЫ ПРОНИКАЮТ В КОСТНУЮ ТКАНЬ В ОБЛАСТИ ФУРКАЦИИ КОРНЕЙ ЧЕРЕЗ

- 1)+ дентинные каналы
- 2) эмалевые призмы
- 3) межклеточное вещество
- 4) апикальное отверстие

14. ПРИ ВНУТРИРОТОВОМ ОСМОТРЕ ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ ПЕРИОДОНТА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ПУТЕМ ПРОВЕДЕНИЯ ВЕРТИКАЛЬНОЙ И ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ

- 1)+ перкуссии
- 2) пальпации
- 3) аускультации
- 4) ротации

15. НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДАЕТ

- 1)+ ортопантомография
- 2) дентальная рентгенография
- 3) панорамная рентгенография
- 4) телерентгенография

16. ФОРМОЙ ПУЛЬПИТА, ПРИ КОТОРОЙ ВОЗМОЖНА ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ СО СТОРОНЫ ПЕРИОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острый диффузный
- 2) хронический фиброзный
- 3) хронический гангренозный
- 4) хронический гипертрофический

17. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА НА БОЛИ

- 1)+ от холодного
- 2) от горячего
- 3) при накусывании
- 4) при попадании пищи в полость

18. ПРИ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА СВИЩЕВОЙ ХОД ЧАЩЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ

- 1)+ в проекции очага
- 2) в области языка
- 3) на мягком небе
- 4) нижней губе

19. ЖАЛОБЫ НА САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ, КРАТКОВРЕМЕННЫЕ БОЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПУЛЬПИТА

- 1)+ острого очагового
- 2) хронического фиброзного
- 3) хронического гангренозного
- 4) хронического гипертрофического

20. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАНГРЕНОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА НА БОЛИ

- 1)+ от горячего
- 2) от холодного
- 3) при попадании пищи в полость
- 4) при накусывании

21. У ДЕТЕЙ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС МОГУТ ВОВЛЕКАТЬСЯ ОКРУЖАЮЩИЕ ЗУБ ТКАНИ (ПЕРИОДОНТ, КОСТЬ, НАДКОСТНИЦА), РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ И МЯГКИЕ ТКАНИ ЛИЦА ПРИ ПУЛЬПИТЕ

- 1)+ острым гнойным (диффузным)
- 2) хроническом гангренозном вне стадии обострения
- 3) хроническом гипертрофическом
- 4) хроническом фиброзном

22. ПРИ ПЕРИОДОНТИТЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ИЗ ПЕРИОДОНТА ДАЛЕЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В

- 1)+ костную ткань
- 2) пульповую камеру
- 3) лимфатические узлы
- 4) полость носа

23. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПУЛЬПИТА ВО ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфицирование из кариозной полости
- 2) механическая травма пульпы
- 3) термическая травма пульпы
- 4) химическая травма пульпы

24. ПОКАЗАТЕЛИ ЭОД ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ПОСТОЯННОГО СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА СООТВЕТСТВУЮТ _____ МКА

- 1)+ 20-60
- 2) 80-100
- 3) 5-8
- 4) 100-200

25. БОЛЬ В ЗУБЕ ОТ ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ (ГОРЯЧЕГО) ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПУЛЬПИТА

- 1)+ хронического гангренозного
- 2) острого диффузного
- 3) хронического гипертрофического
- 4) хронического фиброзного

26. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ

- 1)+ местная гипоплазия эмали
- 2) системная гипоплазия эмали
- 3) несовершенный амелогенез
- 4) несовершенный одонтогенез

27. ЖАЛОБЫ НА БОЛИ ДЛИТЕЛЬНЫЕ, ИРРАДИИРУЮЩИЕ ПО ХОДУ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПУЛЬПИТА

- 1)+ острого диффузного
- 2) хронического фиброзного
- 3) хронического гангренозного
- 4) хронического гипертрофического

28. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ОСТЕОКЛАСТОВ ПРОИСХОДИТ _____ КОСТНОЙ ТКАНИ

- 1)+ деструкция
- 2) восстановление
- 3) облитерация
- 4) развитие

29. ВОСПАЛЕНИЕ ПУЛЬПЫ ЗУБА НАЗЫВАЮТ

- 1)+ пульпит
- 2) периодонтит
- 3) пародонтит
- 4) перикоронарит

30. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ЗОНДИРОВАНИЕ БОЛЕЗНЕННО В

- 1)+ области коронковой пульпы
- 2) глубине полости зуба
- 3) устьях корневых каналов
- 4) области апикального отдела корневого канала

31. НОЧНЫЕ ИРРАДИИРУЮЩИЕ БОЛИ С ДЛИТЕЛЬНЫМИ СВЕТЛЫМИ ПРОМЕЖУТКАМИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ острого очагового пульпита
- 2) глубокого кариеса
- 3) хронического периодонтита
- 4) хронического пульпита

32. ПЕРИОДОНТИТ – ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС, ЛОКАЛИЗУЮЩИЙСЯ В ТКАНЯХ

- 1)+ периодонта
- 2) пульпы
- 3) цемента
- 4) дентина

33. РАЗМЕР АПИКАЛЬНОЙ ПРОБКИ ПРИ АПЕКСИФИКАЦИИ ПРЕПАРАТАМИ НА ОСНОВЕ МИНЕРАЛТРИОКСИДАГРЕГАТА СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- 1)+ 3-5
- 2) 1-2
- 3) 6-8
- 4) 9-10

34. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ВЫЯВЛЯЮТСЯ НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ

- 1)+ расширения периодонтальной щели, остеопороза у фуркации
- 2) расширения периодонтальной щели, остеопороз в периапикальной области
- 3) расширения периодонтальной щели по всей длине корня
- 4) остеопороза у апекса корней с резорбцией корня

35. ЗОНДИРОВАНИЕ КОРОНКОВОЙ ПУЛЬПЫ БЕЗБОЛЕЗНЕННО ПРИ ПУЛЬПИТЕ

- 1)+ хроническом гангренозном
- 2) хроническом фиброзном
- 3) хроническом гипертрофическом
- 4) хроническом в стадии обострения

36. ВОСПАЛЕНИЕ ПУЛЬПЫ ЗУБА ВОЗНИКАЕТ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ

- 1)+ микроорганизмов
- 2) зубного налета
- 3) зубного камня
- 4) углеводов

37. ПОЯВЛЕНИЕ ПРИ НЕКРОЗЕ ПУЛЬПЫ ОЧАГА ПРОСВЕТЛЕНИЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ В БИФУРКАЦИИ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ СВЯЗАНО С

- 1)+ наличием в данной зоне дополнительных широких канальцев
- 2) большей проницаемостью дентина в области бифуркации корней временных моляров
- 3) узостью основных корневых каналов временных моляров
- 4) искривлением и хрупкостью корней временных моляров

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

- 1)+ хронический гипертрофический
- 2) острый очаговый
- 3) острый диффузный
- 4) хронический фиброзный

39. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПУЛЬПИТА ВО ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфицирование из кариозной полости
- 2) термическая травма пульпы
- 3) химическая травма пульпы
- 4) механическая травма пульпы

40. ПРИ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИЗНАКАМ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ЗАЧАТКА ПОСТОЯННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ

- 1)+ целостности кортикальной пластинки фолликула
- 2) рельефа альвеолярного отростка
- 3) цвета временного зуба
- 4) целостности корней временного зуба

41. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ ПУЛЬПА ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ

- 1)+ слабо болезненна, прорастает из пульповой камеры
- 2) слабо болезненна, прикреплена к межзубному сосочку
- 3) резко болезненна, прикреплена к межзубному сосочку
- 4) резко болезненна, частично некротизирована

42. МИКРООРГАНИЗМЫ И ИХ ТОКСИНЫ, ПОСТУПАЯ В ТКАНИ ПЕРИОДОНТА, ВЫЗЫВАЮТ МЕСТНУЮ РЕАКЦИЮ _____

- 1)+ воспалительную
- 2) аллергическую
- 3) травматическую
- 4) шоковую

43. БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ В ОДНОЙ ТОЧКЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ хронического фиброзного пульпита
- 2) среднего кариеса
- 3) глубокого кариеса
- 4) хронического гангренозного пульпита

44. БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ В ГЛУБИНЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПУЛЬПИТА

- 1)+ хронического гангренозного
- 2) острого очагового
- 3) острого диффузного
- 4) хронического фиброзного

45. ЗОНДИРОВАНИЕ ПУЛЬПЫ БОЛЕЗНЕННО В ГЛУБИНЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ИЛИ В УСТЬЯХ КАНАЛОВ ПРИ ПУЛЬПИТЕ

- 1)+ хроническом гангренозном
- 2) хроническом фиброзном
- 3) остром очаговом и диффузном
- 4) хроническом гипертрофическом

46. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВРЕМЕННОГО ЗУБА С ДИАГНОЗОМ «ОСТРЫЙ ПУЛЬПИТ» ОБНАРУЖИВАЮТ

- 1)+ отсутствие изменений
- 2) очаг просветления в бифуркации
- 3) признаки воспалительной резорбции корней
- 4) очаги просветления в периапикальных тканях

47. ИНФЕКЦИОННЫЙ ПЕРИОДОНТИТ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ

- 1)+ микробной флоры
- 2) пломбировочного материала
- 3) антисептического раствора
- 4) кровяного сгустка

48. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭОД ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ПУЛЬПИТА В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ СО СФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1)+ 20-60 мкА
- 2) 2-6 мкА
- 3) 8-10 мкА
- 4) 10-20 мкА

49. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАНГРЕНОЗНОГО ПУЛЬПИТА С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПУЛЬПЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ СЛЕДУЮЩИЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1)+ электроодонтодиагностику
- 2) витальное окрашивание
- 3) клинический анализ крови
- 4) биопсию пульпы из канала

50. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ при хроническом периодонтите
- 2) в интактных зубах с живой пульпой
- 3) при хроническом фиброзном пульпите
- 4) при хроническом гангренозном пульпите

51. ЗОНДИРОВАНИЕ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ В ПРОЕКЦИИ БЛИЖАЙШЕГО РОГА ПУЛЬПЫ ЗУБА БОЛЕЗНЕННО ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ

- 1)+ фиброзном
- 2) гангренозном
- 3) гипертрофическом
- 4) в стадии обострения

52. ФОРМОЙ ОСТРОГО ПУЛЬПИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ диффузный
- 2) гипертрофический
- 3) гранулематозный
- 4) гранулирующий

53. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ периодически возникающей болью в зубе при накусывании
- 2) ночной приступообразной болью, иррадиирующей по ходу ветвей тройничного нерва
- 3) постоянной ноющей болью в зубе, усиливающейся при накусывании, отеком и гиперемией слизистой оболочки в области причинного зуба
- 4) острой болью в области ряда зубов и онемением участка челюсти

54. ПОКАЗАТЕЛЬ ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ПРИ ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ МКА

- 1)+ 20-60
- 2) 2-6
- 3) 9-20
- 4) 60-150

55. ВОСПАЛЕНИЕ ПУЛЬПЫ В ТЕЧЕНИЕ 48 ЧАСОВ ПОСЛЕ АЛЬТЕРАЦИИ ИМЕЕТ ХАРАКТЕР _____ ПУЛЬПИТА

- 1)+ острого очагового
- 2) обострения хронического гипертрофического
- 3) обострения хронического гангренозного
- 4) обострения хронического фиброзного

56. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА РАСКРЫТИЯ ПОЛОСТИ ЗУБА ВРАЧ ИСПОЛЬЗУЕТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ

- 1)+ зеркало, зонд
- 2) гладилку, пинцет
- 3) пинцет, зеркало
- 4) штопфер, зонд

57. КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ ВСЕГДА СООБЩАЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ ЗУБА ПРИ _____ ФОРМЕ ПУЛЬПИТА

- 1)+ гипертрофической
- 2) хронической язвенной
- 3) острой общей
- 4) гнойной

58. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нелеченный кариес
- 2) механическая травма пульпы
- 3) термическая травма пульпы
- 4) ретроградное инфицирование пульпы

59. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФИБРОЗНОГО ПУЛЬПИТА К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ боли возникающие преимущественно под влиянием раздражителей, особенно механических и продолжаются после удаления раздражающего фактора; в анамнезе могут быть самопроизвольные боли
- 2) чувство распирания в зубе, медленно нарастающую боль, которая иногда возникает самопроизвольно, усиливается от раздражителей, особенно от горячего
- 3) самопроизвольные боли редки, обычно они возникают под влиянием механических раздражителей и сопровождаются кровоточивостью из зуба
- 4) приступообразную, внезапно возникающую боль, иногда боль при резких движениях

60. ХРОНИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ фиброзный
- 2) гранулематозный
- 3) гранулирующий
- 4) гиперэргический

61. АНАТОМИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ ВОРОНКООБРАЗНОГО РАСШИРЕНИЯ В

- 1)+ апикальном отделе
- 2) коронковой части
- 3) периодонте
- 4) дентине

62. ОДНОЙ ИЗ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипертрофический
- 2) гранулематозный
- 3) гранулирующий
- 4) гиперэргический

63. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ болезненное зондирование вскрытого рога пульпы
- 2) безболезненное зондирование вскрытого рога пульпы
- 3) резко болезненная перкуссия, безболезненная холодовая проба
- 4) болезненная перкуссия, безболезненное зондирование вскрытого рога пульпы

64. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИОДОНТЕ И ОКРУЖАЮЩЕЙ КОСТНОЙ ТКАНИ НЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ, НО ВОЗМОЖНО ОБНАРУЖИТЬ

- 1)+ расширение периодонтальной щели
- 2) сужение периодонтальной щели
- 3) расширение просвета корневого канала
- 4) сужение просвета корневого канала

65. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА

- 1)+ боли при попадании пищи, в сочетании с кровоточивостью
- 2) постоянные ноющие боли, усиливающиеся от сладкого
- 3) самопроизвольные, быстро проходящие боли
- 4) ноющие боли, усиливающиеся от всех видов раздражителей

66. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО НА БОЛИ

- 1)+ при попадании пищи, в сочетании с кровоточивостью
- 2) самопроизвольные
- 3) постоянные
- 4) от температурных раздражителей

67. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПУЛЬПЫ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ СО СФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ПРИ ОТСУТСТВИИ СООБЩЕНИЯ С ПОЛОСТЬЮ ЗУБА ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ электроодонтодиагностика
- 2) витальное окрашивание
- 3) перкуссия
- 4) денситометрия

68. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ НАПРАВЛЕНИЕ И ИСТОЧНИК СВИЩЕВОГО ХОДА ПРИ ВВЕДЕНИИ В НЕГО

- 1)+ контрастного вещества
- 2) раствора антисептиков
- 3) метиленового синего
- 4) раствора Шиллера-Писарева

69. ДЛЯ ОСТРОГО ОЧАГОВОГО ПУЛЬПИТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ приступообразные, самопроизвольные боли; интервалы продолжительные, приступы короткие; боль усиливается от раздражителей, локализованная в пределах пораженного зуба
- 2) спонтанные боли, иррадиирующие, постоянные, нарастающие по интенсивности; боль от холодного стихает, от горячего усиливается
- 3) боли кратковременные от раздражителей, быстро проходят после устранения раздражителя, кариозная полость глубокая, с размягченным дентином
- 4) приступообразные, иррадиирующие боли, самопроизвольного характера, которые усиливаются от холодного; интервалы между приступами короткие

70. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ПАЦИЕНТЫ ЖАЛУЮТСЯ НА БОЛЬ, УСИЛИВАЮЩУЮСЯ ПРИ

- 1)+ надавливании на зуб
- 2) употреблении горячей пищи
- 3) употреблении холодной пищи
- 4) открывании рта

71. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ резко болезненной вертикальной перкуссией, отеком, гиперемией переходной складки, возможно образование субпериостального или субмукозного отека
- 2) самопроизвольными, приступообразными болями, иррадиирующими
- 3) болями от температурных раздражителей
- 4) резко болезненной горизонтальной перкуссией

72. ЭНДОДОНТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗДЕЛОМ СТОМАТОЛОГИИ, ИЗУЧАЮЩИМ

- 1)+ внутреннее строение полости зуба и манипуляции в ней
- 2) строение полости рта
- 3) технику пломбирования кариозных полостей
- 4) строение пародонта

73. ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гангренозный
- 2) гранулематозный
- 3) гранулирующий
- 4) гиперэргический

74. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПРИ ВОВЛЕЧЕНИИ ЗАЧАТКА ПОСТОЯННОГО ЗУБА В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1)+ нарушение целостности кортикальной пластинки, ограничивающий фолликул зуба
- 2) радиолюцентный очаг поражения костной ткани в периапикальной области
- 3) изменение архитектуры костных трабекул в области фуркации
- 4) расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба

75. ОСТРЫЙ ПУЛЬПИТ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ очаговый
- 2) гипертрофический
- 3) гранулематозный
- 4) гранулирующий

76. БОЛЕЗНЕННАЯ ПЕРКУССИЯ, ПРИПУХЛОСТЬ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ, ГИПЕРЕМΙΑ И ОТЕК ПО ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ _____ ФОРМЕ ПУЛЬПИТА

- 1)+ в стадии обострения
- 2) гипертрофической
- 3) язвенной
- 4) фибринозной

77. ПРИ ОТЛОМЕ ЧАСТИ КОРОНКИ ЗУБА С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ ПАЦИЕНТЫ ЖАЛУЮТСЯ НА БОЛИ

- 1)+ от раздражителей
- 2) самопроизвольные
- 3) при накусывании на зуб
- 4) ночные

78. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

- 1)+ местная гипоплазия постоянных зубов
- 2) кариес постоянного зуба
- 3) системная гипоплазия постоянных зубов
- 4) дистопия зуба

79. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ВОЗМОЖНО ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТДЕЛЯЕМОГО ИЗ КОРНЕВОГО КАНАЛА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1)+ состава микрофлоры
- 2) количества лимфоцитов
- 3) наличия эритроцитов
- 4) состава пульпы

80. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ПУЛЬПИТЕ

- 1)+ альтерация - экссудация - пролиферация
- 2) экссудация - альтерация - пролиферация
- 3) пролиферация - экссудация - альтерация
- 4) альтерация - пролиферация - экссудация

81. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ СВИЩЕВОГО ХОДА

- 1)+ в проекции очага воспаления
- 2) в проекции межкорневой перегородки
- 3) на слизистой по переходной складке
- 4) на слизистой мягкого неба

82. ДЛЯ КОРНЕЙ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ПЕРИОДОНТА ХАРАКТЕРНА _____ РЕЗОРБЦИЯ

- 1)+ патологическая
- 2) физиологическая
- 3) равномерная
- 4) асимметричная

83. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ПРОИСХОДИТ

- 1)+ в постэмбриональном периоде
- 2) в конце внутриутробного периода
- 3) на 6-7 неделе внутриутробного периода
- 4) с 3-го месяца внутриутробного периода

84. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ПУЛЬПИТА ОБНАРУЖИВАЕТСЯ _____ МИКРОФЛОРА

- 1)+ смешанная
- 2) стрептококковая
- 3) стафилококковая
- 4) грибковая

85. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ПОСЛЕ ГИБЕЛИ ПУЛПЫ И ЗОНЫ РОСТА

- 1)+ прекращается
- 2) ускоряется
- 3) соответствует возрасту
- 4) замедляется

86. ТЕМПЕРАТУРНАЯ ПРОБА ПРИ ПЕРИОДОНТИТЕ ВСЕГДА ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1)+ некроза пульпы
- 2) воспаления пульпы
- 3) наличия свищевого хода
- 4) резорбции корня зуба

87. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ _____ В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ

- 1)+ местная гипоплазия эмали
- 2) системная гипоплазия эмали
- 3) несовершенный амелогенез
- 4) несовершенный одонтогенез

88. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗОРБЦИИ КОРНЯ ВРЕМЕННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ очаг деструкции костной ткани в области корней временного зуба
- 2) периодонтальная щель у корня временного зуба прослеживается полностью
- 3) фолликул постоянного зуба приближен вплотную к краям корней временного зуба
- 4) нормальная структура костной ткани вокруг коронки постоянного зуба

89. БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ В ОДНОЙ ТОЧКЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ хронической формы фиброзного пульпита
- 2) кариеса дентина
- 3) хронической формы гангренозного пульпита
- 4) хронической формы периодонтита

90. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СОХРАНЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПУЛЬПЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ удлинение корня, утолщение его стенок, уменьшение ширины канала и апикального отверстия
- 2) деструкции костной ткани и верхушки корня
- 3) расширение периодонтальной щели
- 4) удлинение корня, утолщение его стенок, увеличение ширины канала и апикального отверстия

91. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ самопроизвольные боли редки, обычно они возникают под влиянием механических раздражителей и сопровождаются кровоточивостью из зуба
- 2) приступообразные, самопроизвольные боли, может быть длительная, ноющая боль, наличие острых болевых приступов в прошлом
- 3) приступообразную, внезапно возникающую боль, иногда боль при резких движениях
- 4) чувство распирания в зубе, медленно нарастающую боль, которая иногда возникает самопроизвольно, усиливается от раздражителей, особенно от горячего

92. ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ обострением хронического периодонтита
- 2) переломом зуба
- 3) хроническим гайморитом
- 4) острым сиалодохитом

93. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ В ПУЛЬПЕ ПРОИСХОДИТ

- 1)+ фиброзное перерождение пульпы
- 2) некротические изменения в пульпе
- 3) разрастание грануляционной ткани
- 4) гипертрофия тканей пульпы

94. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФИБРОЗНОГО ПУЛЬПИТА ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ПУЛЬПЕ

- 1)+ фиброзное перерождение пульпы
- 2) некротические изменения в пульпе
- 3) разрастание грануляционной ткани
- 4) гипертрофия тканей пульпы

95. ДЛЯ ОСТРОГО ДИФУЗНОГО ПУЛЬПИТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ приступообразные, иррадиирующие боли, самопроизвольного характера, которые усиливаются от холодного; интервалы между приступами короткие
- 2) спонтанные боли, иррадиирующие, постоянные, нарастающие по интенсивности; боль от холодного стихает, от горячего усиливается
- 3) приступообразные, самопроизвольные боли; интервалы продолжительные, приступы короткие; боль усиливается от раздражителей, локализованная в пределах пораженного зуба
- 4) боли кратковременные от раздражителей, быстро проходят после устранения раздражителя, кариозная полость глубокая, с размягченным дентином

96. У ДЕТЕЙ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС МОГУТ ВОВЛЕКАТЬСЯ ОКРУЖАЮЩИЕ ЗУБ ТКАНИ (ПЕРИОДОНТ, КОСТЬ, НАДКОСТНИЦА, РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ И МЯГКИЕ ТКАНИ ЛИЦА) ПРИ ФОРМЕ ПУЛЬПИТА

- 1)+ острой диффузной
- 2) хронической гангренозной вне стадии обострения
- 3) хронической гипертрофической
- 4) острой очаговой

97. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАНГРЕНОЗНОГО ПУЛЬПИТА К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ чувство распирания в зубе, медленно нарастающую боль, которая иногда возникает самопроизвольно, усиливается от раздражителей, особенно от горячего
- 2) самопроизвольные боли редки, обычно они возникают под влиянием механических раздражителей и сопровождаются кровоточивостью из зуба
- 3) приступообразные, самопроизвольные боли, может быть длительная, ноющая боль, наличие острых болевых приступов в прошлом
- 4) приступообразную, внезапно возникающую боль, иногда боль при резких движениях

98. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ РЕАКЦИЯ НА ПЕРКУССИЮ

- 1)+ безболезненная, иногда неприятные ощущения
- 2) вертикальная и горизонтальная перкуссия вызывает боль
- 3) вертикальная перкуссия вызывает боль
- 4) горизонтальная перкуссия вызывает боль

99. ДЛЯ ОСТРОГО ДИФFUЗНОГО ПУЛЬПИТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ ночные, приступообразные, с короткими светлыми промежутками, иррадирующие боли
- 2) боли и кровоточивость при попадании пищи в кариозную полость
- 3) приступообразные, с короткими болевыми приступами, локальные боли
- 4) постоянные, усиливающиеся при накусывании на зуб боли

100. ДЛЯ ОСТРОГО ОЧАГОВОГО ПУЛЬПИТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ боли от раздражителей, приступообразные, с короткими болевыми приступами, локальные
- 2) боли и кровоточивость при попадании пищи в кариозную полость
- 3) постоянные боли, усиливающиеся при накусывании на зуб
- 4) ночные, приступообразные, с короткими светлыми промежутками, иррадирующие боли

101. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПУЛЬПЫ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ СО СФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ПРИ НЕВСКРЫТОЙ ПОЛОСТИ ЗУБА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ электроодонтометрия
- 2) зондирование
- 3) рентгенограмма
- 4) перкуссия

102. В ОТЛИЧИЕ ОТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗОРБЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗОРБЦИИ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

- 1)+ ткань периодонта замещается грануляционной тканью, лакунарная резорбция корней
- 2) происходит сближение временного зуба и одноимённого зачатка постоянного зуба
- 3) никогда не происходит рассасывания еще несформированных корней временных зубов
- 4) резорбция соответствует возрастным срокам

103. К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ некротизированную пульпу зуба
- 2) гиперемию и отёк переходной складки
- 3) постоянную ноющую боль
- 4) неизменённую пульпу зуба

104. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ ПОСТОЯННОГО СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ экстирпацию пульпы
- 2) высокую ампутацию пульпы
- 3) витальную ампутацию
- 4) биологический метод с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой

105. ПРЯМОЕ ЗАЩИТНОЕ ПОКРЫТИЕ ПУЛЬПЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ при случайном точечном обнажении рога пульпы постоянного зуба при минимальной кровоточивости
- 2) при кариозном обнажении пульпы постоянного моляра в пришеечной области
- 3) в постоянных зубах при длительном кровотечении в области обнажения пульпы
- 4) при кариозном точечном обнажении пульпы временных зубов

106. У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ МОЛЯРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ девитальной экстирпации
- 2) биологический
- 3) витальной ампутации коронковой пульпы
- 4) девитальной ампутации

107. ПОВЕРХНОСТНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ПУЛЬПЫ БЕЗБОЛЕЗНЕННО ПРИ ПУЛЬПИТЕ ХРОНИЧЕСКОМ

- 1)+ гангренозном
- 2) фиброзном
- 3) гипертрофическом
- 4) в стадии обострения

108. ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы
- 2) перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы
- 3) хронический гангренозный пульпит в постоянном однокорневом зубе с несформированным корнем
- 4) любая форма пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня

109. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ПУЛЬПИТА В МЕЖКОРНЕВОМ ПРОСТРАНСТВЕ У ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ослабление рисунка костных балочек
- 2) расширение периодонтальной щели
- 3) остеосклероз
- 4) гиперцементоз

110. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА, ПРИ КОТОРОМ УДАЛЯЮТ КОРОНКОВУЮ ПУЛЬПУ С СОХРАНЕНИЕМ КОРНЕВОЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ пульпотомия
- 2) не прямое покрытие пульпы
- 3) прямое покрытие пульпы
- 4) пульпэктомия

111. ЧАСТОТУ ПЕРЕЛОМОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ МОЖНО УМЕНЬШИТЬ, ЕСЛИ

- 1)+ не оказывать на инструмент чрезмерного давления
- 2) поворачивать инструмент в канале на 360 градусов
- 3) использовать их многократно
- 4) не изгибать их в соответствии с кривизной канала перед введением в канал

112. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ биологический метод лечения пульпита с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой
- 2) закрытие линии перелома фтор-цементом
- 3) витальную ампутацию
- 4) высокую ампутацию

113. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА С НЕСФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ПРИ ГАНГРЕНОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высокая ампутация
- 2) девитальная экстирпация
- 3) витальная экстирпация
- 4) витальная ампутация

114. ДЕВИТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ПОСТОЯННЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ЗУБАХ ПРИВОДЯТ К

- 1)+ гибели ростковой зоны
- 2) образованию дентинного мостика
- 3) сохранению жизнеспособной пульпы
- 4) мумификации пульпы

115. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАНГРЕНОЗНОГО ПУЛЬПИТА В НЕСФОРМИРОВАННОМ ОДНОКОРНЕВОМ ПОСТОЯННОМ ЗУБЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высокая ампутация
- 2) девитальная ампутация
- 3) девитальная экстирпация
- 4) витальная экстирпация

116. МЕТОД ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКИ ВОЗБУДИМОСТИ ПУЛЬПЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЗУБОВ

- 1)+ постоянных сформированных
- 2) постоянных несформированных
- 3) временных
- 4) постоянных и временных

117. ТАКТИКА ПРИ СЛУЧАЙНОЙ ПЕРФОРАЦИИ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ВРЕМЕННОГО МОЛЯРА У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ, ИМЕЮЩЕГО НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ лечении биологическим методом
- 2) лечении методом девитальной ампутации
- 3) лечении методом витальной ампутации
- 4) отсроченном пломбировании

118. ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ ПОСЛЕ ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННОГО ЗУБА МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ПОСЛЕ ПЛОМБИРОВАНИЯ ЗУБА ЧЕРЕЗ

- 1)+ 6-12 месяцев
- 2) 1 месяц
- 3) 7 дней
- 4) 1 сутки

119. ПЛОМБИРОВАНИЕ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ С РАЗРУШЕНИЕМ КОРОНКИ ПРОИЗВОДЯТ

- 1)+ пастой из окиси цинка на масляной основе
- 2) фосфат-цементом
- 3) серебряным штифтом
- 4) резорцин-формалиновой пастой

120. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕСФОРМИРОВАННОГО ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ витальная ампутация
- 2) девитальная ампутация
- 3) девитальная экстирпация
- 4) витальная экстирпация

121. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ МЕТОДОМ ДЕВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ВО ВТОРОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ

- 1)+ раскрытие полости зуба, удаление коронковой пульпы и оставление на несколько дней тампона с резорцин-формалиновой смесью под дентинную повязку
- 2) наложение резорцин-формалиновой пасты, прокладки и пломбы после ампутации пульпы
- 3) удаление пульпы из коронки зуба и корневых каналов, пломбирование каналов цементом
- 4) оставление пасты на основе гидроокиси кальция, прокладки и пломбы после ампутации пульпы

122. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА НЕСФОРМИРОВАННЫХ ЗУБОВ АМПУТАЦИОННЫМ МЕТОДОМ КОНТРОЛИРУЮТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ

- 1)+ через 3-6 месяцев, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня
- 2) через 3 недели, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня
- 3) 1 раз после завершения лечения
- 4) 1 раз через 1 год после лечения

123. ПРИ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие изменений на рентгенограмме
- 2) очаг разрежения костной ткани с чётким контуром
- 3) расширение периодонтальной щели у верхушки корня
- 4) исчезновение периодонтальной щели у верхушки корня

124. В МЕТОДИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОТСУТСТВУЕТ ЭТАП

- 1)+ ампутации пульпы
- 2) наложения одонтотропного препарата
- 3) обезболивания
- 4) рентгенодиагностики

125. РЕБЁНКУ 6 ЛЕТ С ДИАГНОЗОМ «ХРОНИЧЕСКИЙ ГАНГРЕНОЗНЫЙ ПУЛЬПИТ 7.4 ЗУБА» ПОКАЗАНА

- 1)+ витальная экстирпация
- 2) девитальная ампутация
- 3) девитальная ампутация
- 4) девитальная экстирпация

126. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ хлоргексидин
- 2) спирт
- 3) лизетол
- 4) физиологический раствор

127. К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ПУЛЬПИТОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ инфекцию
- 2) аллергию
- 3) суперконтакт
- 4) травму

128. К ОСОБЕННОСТЯМ ПАТОГЕНЕЗА ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ преобладание первично-хронических форм
- 2) течение острых форм по гипоэргическому типу
- 3) преобладание острого
- 4) преобладание хронического

129. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБА МЕТОДОМ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ НА ОСТАВШУЮСЯ В КАНАЛЕ ЧАСТЬ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ВОЗДЕЙСТВУЮТ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования зуба
- 2) обеспечения дальнейшего формирования зуба
- 3) прекращения дальнейшего формирования корня
- 4) ускорения формирования корня

130. МЕТОД ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКИ ОЦЕНИВАЕТ

- 1)+ жизнеспособность пульпы
- 2) электропроводность твёрдых тканей зуба
- 3) краевую проницаемость пломб
- 4) течение кариеса

131. ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ АПЕКСИФИКАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ПРОВОДЯТ

- 1)+ временное пломбирование каналов пастой на основе гидроокиси кальция
- 2) удаление зуба
- 3) пломбирование каналов резорцин-формалиновой пастой
- 4) пломбирование каналов пастами на основе эвгенола

132. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ боль при накусывании на зуб, отёк десны
- 2) боль от температурных раздражителей
- 3) свищ на десне с гнойным отделяемым
- 4) длительные приступообразные боли с короткими светлыми промежутками

133. В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ГУТТАПЕРЧА ДЕЗИНФИЦИРУЕТСЯ

- 1)+ погружением на 1-2 минуты в натрия гипохлорита раствор 5,25%
- 2) погружением в «Лизетол»
- 3) в автоклаве
- 4) в сухожаровом шкафу

134. ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ гипохлорит натрия
- 2) перманганата калия раствор 0,02%
- 3) спиртовой раствор 70%
- 4) дистиллированную воду

135. ПЛОМБИРОВАНИЕ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ ОДНОКОРНЕВЫХ СФОРМИРОВАННЫХ ЗУБОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА ПРОВОДЯТ

- 1)+ пастой на основе эвгенола
- 2) резорцин-формалиновой пастой
- 3) гуттаперчевыми штифтами
- 4) стеклоиономерными цементами

136. БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ В ОДНОЙ ТОЧКЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ хронического фиброзного пульпита
- 2) среднего кариеса
- 3) хронического гангренозного пульпита
- 4) хронического периодонтита

137. ПРИ ЛЕЧЕНИИ УШИБА ОДНОКОРНЕВОГО ВРЕМЕННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО

- 1)+ сошлифовывание зубов-антагонистов
- 2) удаление травмированного зуба
- 3) эндодонтическое лечение
- 4) шинирование зуба

138. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБА МЕТОДОМ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ НА ОСТАВШУЮСЯ ЧАСТЬ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ВОЗДЕЙСТВУЮТ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования корня
- 2) обеспечения апексификации
- 3) прекращения дальнейшего формирования корня
- 4) ускорения формирования корня

139. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕЗАКОНЧЕННЫМ РОСТОМ КОРНЕЙ И СОХРАНЕНИЕМ ЗОНЫ РОСТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПАСТА

- 1)+ кальцийсодержащая
- 2) резорцин-формалиновая
- 3) эвгеноловая
- 4) эндомиетазоновая

140. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТА ВРЕМЕННОГО ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ КАНАЛ ПЛОМБИРУЮТ

- 1)+ пастой на масляной основе
- 2) стеклоиономерным цементом
- 3) фосфат-цементом
- 4) резорцин-формалиновой пастой

141. ЭФФЕКТОМ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ ОДОНТОТРАПНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЛЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ образование дентинного мостика
- 2) девитализация пульпы
- 3) мумификация пульпы
- 4) антисептическая обработка пульпы

142. ДЛЯ РАСТВОРЕНИЯ ПРОДУКТОВ РАСПАДА ПУЛЬПЫ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ гипохлорит натрия
- 2) ортофосфорную кислоту
- 3) хлоргексидина раствор 1%
- 4) йодиол

143. РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗОРБЦИЕЙ КОРНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удаление зуба
- 2) проведение резорцин-формалинового метода
- 3) пломбирование каналов пастой на основе эвгенола
- 4) пломбирование каналов пастой на основе гидроокиси кальция

144. У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛЕНИЯ ПУЛЬПЫ ПОСТОЯННЫХ ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ С НЕПОЛНОСТЬЮ СФОРМИРОВАННОЙ ВЕРХУШКОЙ КОРНЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

- 1)+ глубокой ампутации
- 2) диатермокоагуляции
- 3) прижизненной ампутации коронковой пульпы
- 4) девитальной ампутации

145. К ВЕДУЩЕМУ МЕТОДУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ рентгенологический
- 2) электроодонтодиагностику
- 3) трансиллюминационный
- 4) определение индекса РМА

146. ДЛЯ ОСТРОГО ДИФФУЗНОГО ПУЛЬПИТА К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ боли самопроизвольные, ночные, приступообразные, длительные, с короткими светлыми промежутками, иррадиирующие
- 2) боли постоянные, усиливающиеся при накусывании на зуб
- 3) свободную переходную складку, безболезненную при пальпации
- 4) боли и кровоточивость при попадании пищи в кариозную полость

147. ПРИ ЛЕЧЕНИИ УШИБА ОДНОКОРНЕВОГО ПОСТОЯННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО

- 1)+ разобщение прикуса в переднем отделе с помощью ортодонтического аппарата, щадящая диета
- 2) шинирование проволочно-композитной шиной на 2-4 недели
- 3) удаление травмированного зуба
- 4) ограничение жевательной нагрузки

148. ПРИ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА ВЫРАЖЕННЫЙ ОЧАГ ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ

- 1)+ удаления зуба
- 2) реплантации
- 3) имплантации
- 4) лечения зуба

149. ПРИ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА ПОДВИЖНОСТЬ II-III СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ

- 1)+ удаления зуба
- 2) шинирования
- 3) гемисекции корней
- 4) лечения зуба

150. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТА ВРЕМЕННОГО МОЛЯРА У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ, БОЛЕЮЩЕГО РЕВМАТИЗМОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удаление зуба
- 2) резекция верхушки корня
- 3) консервативный
- 4) гемисекция

151. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛЕНИЯ ПУЛЬПЫ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ, ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД

- 1)+ прижизненной ампутации
- 2) биологический
- 3) девитальной ампутации
- 4) комбинированный

152. К НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ОБЩЕМ ПУЛЬПИТЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ витальную экстирпацию
- 2) девитализацию пульпы
- 3) сохранение жизнеспособности всей пульпы
- 4) витальную ампутацию

153. ПРИ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА И ЗНАЧИТЕЛЬНОМ РАЗРУШЕНИИ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ВРЕМЕННОГО ЗУБА ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический
- 2) ортопедический
- 3) ортодонтический
- 4) физиотерапевтический

154. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОМ СУЛЬФАТА ЖЕЛЕЗА ПРИ ВИТАЛЬНОЙ ПУЛЬПОТОМИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 5 минут
- 2) 30 минут
- 3) 2-3 суток
- 4) 5-7 суток

155. РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО ПИЕЛОНЕФРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проведение удаления зуба
- 2) проведение резорцин-формалинового метода
- 3) пломбирование каналов пастой на масляной основе
- 4) динамическое наблюдение

156. ДЛЯ АПЕКСОФИКАЦИИ В НЕСФОРМИРОВАННЫХ ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ В КАЧЕСТВЕ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ материалы на основе гидроокиси кальция
- 2) гуттаперчивые штифты
- 3) цинк-окид-эвгеноловую пасту
- 4) стеклоиономерные цементы

157. ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ пасты на основе гидроокиси кальция
- 2) резорцин-формалиновую пасту
- 3) пасты на основе эвгенола
- 4) силанты и гуттаперчевые штифты

158. ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПАСТЫ НА ОСНОВЕ

- 1)+ гидроокиси кальция
- 2) фенол-формалина
- 3) эпоксидных смол
- 4) резорцин-формалина

159. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕГО ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ, ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ В 7.4 ЗУБЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удаление зуба
- 2) биологический метод
- 3) метод девитальной ампутации
- 4) метод девитальной экстирпации

160. ПРИ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический
- 2) эндодонтический
- 3) физиотерапевтический
- 4) ортопедический

161. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАНГРЕНОЗНОГО ПУЛЬПИТА В НЕСФОРМИРОВАННОМ ОДНОКОРНЕВОМ ПОСТОЯННОМ ЗУБЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ глубокая ампутация
- 2) витальная экстирпация
- 3) витальная ампутация
- 4) девитальная ампутация

162. К НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГАНГРЕНЕ КОРОНКОВОЙ ПУЛЬПЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ витальную экстирпацию
- 2) девитализацию
- 3) витальную ампутацию
- 4) электрофорез с йодом

163. ПЛОМБИРУЮТ КАНАЛЫ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПАСТОЙ

- 1)+ с гидроокисью кальция
- 2) из окиси цинка на масляной основе
- 3) резорцин-формалиновой
- 4) на основе йодоформа

164. РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗОРБЦИЕЙ КОРНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проведение операции удаления зуба
- 2) проведение резорцин-формалинового метода
- 3) пломбирование каналов пастой на основе эвгенола
- 4) пломбирование каналов пастой на основе гидроокиси кальция

165. ПРИ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА У РЕБЕНКА IV, V ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ удаления зуба
- 2) диспансерного наблюдения
- 3) физиотерапии
- 4) лечения зуба

166. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ ПАСТЫ _____ КОРНЯ

- 1)+ до верхушки
- 2) за верхушку
- 3) на 1/2 длины
- 4) на 2/3 длины

167. АПЕКСИФИКАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1)+ некрозе пульпы в несформированных зубах
- 2) некрозе пульпы в сформированных зубах
- 3) полном вывихе зуба
- 4) продольном переломе корня

168. ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ушиб зуба
- 2) обработка корневого канала гипохлоридом
- 3) передозировка мышьяковистой пастой
- 4) обработка корневого канала Йодиолом

169. ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ АПЕКСИФИКАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ПРОВОДЯТ

- 1)+ временное пломбирование каналов пастой на основе гидроокиси кальция
- 2) проведение операции удаления зуба
- 3) постоянное пломбирование каналов резорцин-формалиновой пастой
- 4) постоянное пломбирование каналов пастами на основе эвгенола

170. МЕТОДОМ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ ПРОВОДЯТ ЛЕЧЕНИЕ

- 1)+ перелома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах спустя 48 часов после травмы
- 2) всех форм пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня
- 3) всех форм пульпита в несформированных постоянных молярах
- 4) хронического фиброзного пульпита в постоянных несформированных однокорневых зубах

171. ПРИ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА ВЫЯВЛЕНИЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИЗНАКОВ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗОРБЦИИ КОРНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ

- 1)+ удаления зуба
- 2) резекции корня
- 3) гемисекции корней
- 4) лечения зуба

172. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ хлоргексидина раствор 0,05%
- 2) химотрипсин
- 3) пероксид водорода 3%
- 4) этиловый спирт 96%

173. МЕТОД ДЕВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПОКАЗАН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВСЕХ ФОРМ ПУЛЬПИТА В ЗУБАХ

- 1)+ в сформированных постоянных и однокорневых временных
- 2) только в сформированных однокорневых постоянных
- 3) только в многокорневых сформированных временных
- 4) в однокорневых и многокорневых несформированных постоянных

174. ПРЕПАРАТОМ, РАСТВОРЯЮЩИМ НЕКРОТИЧЕСКИЕ ФРАГМЕНТЫ ТКАНЕЙ В КАНАЛЕ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипохлорит натрия
- 2) йодиол
- 3) перекись водорода
- 4) перманганат калия

175. ПРЕПАРАТОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ВИТАЛЬНОЙ ПУЛЬПОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ минеральный триоксиагрегат
- 2) солкосерил
- 3) фенoplast
- 4) резорцин-формалиновая смесь

176. ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАСТЫ НА ОСНОВЕ

- 1)+ цинк-оксид-эвгенола
- 2) полимерных смол
- 3) резорцин-формалина
- 4) фосфат-цемента

177. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ ЗУБА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПУЛЬПЫ ПРИ НЕСФОРМИРОВАННОМ КОРНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ частичная пульпотомия
- 2) пульпэктомия
- 3) не прямое покрытие пульпы
- 4) девитальная ампутация

178. ПРИ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА ВОВЛЕЧЕНИЕ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ЗАЧАТКА ПОСТОЯННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ

- 1)+ удаления зуба
- 2) реплантации
- 3) имплантации
- 4) лечения зуба

179. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУЛЬПОТОМИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ гидрооксид кальция и слой стеклоиономерного цемента
- 2) цинк-оксид-эвгеноловую прокладку и слой лака
- 3) гидрооксид кальция и цинк-оксид-эвгеноловый цемент
- 4) гидрооксид кальция и слой цинк-фосфатного цемента

180. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА С НЕСФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ витальная ампутация
- 2) девитальная экстирпация
- 3) девитальная ампутация
- 4) витальная экстирпация

181. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТОВ В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ витальная ампутация
- 2) девитальная ампутация
- 3) девитальная экстирпация
- 4) витальная экстирпация

182. МЕТОД ПОЛНОГО СОХРАНЕНИЯ ПУЛЬПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ

- 1)+ гиперемии пульпы
- 2) остром гнойном пульпите
- 3) хроническом пульпите
- 4) остром периодонтите

183. ПЛОМБИРОВАНИЕ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ ОДНОКОРНЕВЫХ СФОРМИРОВАННЫХ ЗУБОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА ПРОВОДЯТ

- 1)+ пастой на основе эвгенола
- 2) резорцин-формалиновой пастой
- 3) гуттаперчевыми штифтами
- 4) силантами

184. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА В НЕСФОРМИРОВАННЫХ ЗУБАХ МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ ПУЛЬПОТОМИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ апексогенез
- 2) апексификацию
- 3) остеомаляцию
- 4) остеосклероз

185. КАНАЛЫ ВРЕМЕННЫХ ОДНОКОРНЕВЫХ СФОРМИРОВАННЫХ ЗУБОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА ПЛОМБИРУЮТ

- 1)+ пастой из окиси цинка на масляной основе
- 2) резорцин-формалиновой пастой
- 3) фосфат-цементом
- 4) гуттаперчевыми штифтами

186. ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ПУЛЬПОТОМИИ НА РАНУ НАНОСЯТ ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ

- 1)+ гидроокись кальция
- 2) эвгенол
- 3) тимол
- 4) хлоргексидин

187. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ АПЕКСИФИКАЦИИ ПРОВОДЯТ

- 1)+ временное пломбирование каналов пастой на основе гидроокиси кальция
- 2) пломбирование каналов резорцин-формалиновой пастой
- 3) пломбирование каналов пастами на основе эвгенола
- 4) пломбирование каналов силантами и гуттаперчевыми штифтами

188. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ЗУБА С НЕЗАКОНЧЕННЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ КОРНЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВВЕДЕНИЯ В КОРНЕВОЙ КАНАЛ ПРЕПАРАТОВ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ПРОИСХОДИТ

- 1)+ апексификация
- 2) апексогенез
- 3) патологическая резорбция корня
- 4) физиологическая резорбция корня

189. ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАСТВОРА

- 1)+ хлоргексидина
- 2) ортофосфорной кислоты
- 3) этилового спирта
- 4) уксусной кислоты

190. ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ РЕЗОРЦИН-ФОРМАЛИНОВЫМ МЕТОДОМ ТКАНИ ЗУБА ПРИОБРЕТАЮТ _____ ЦВЕТ

- 1)+ розовый
- 2) серый
- 3) желтый
- 4) коричневый

191. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА В ЗУБАХ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ОТНОСЯТ

- 1)+ прекращение формирования корня
- 2) формирование дентинного мостика
- 3) уменьшение объема полости зуба
- 4) гиперцементоз корня зуба

192. ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ УСТАНОВЛИВАТЬ РАБОЧУЮ ДЛИНУ НА ____ ММ КОРОЧЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ

- 1)+ 1,5-2
- 2) 3
- 3) 1
- 4) 4-5

193. ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИЗОЛЯЦИЯ РАБОЧЕГО ПОЛЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1)+ коффердама
- 2) ватных валиков
- 3) марлевых салфеток
- 4) ватных шариков

194. ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ гипохлорит натрия раствор 3%
- 2) перманганата калия раствор
- 3) этиловый спирт 70%
- 4) дистиллированную воду

195. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТОДА ЧАСТИЧНОЙ ПУЛЬПОТОМИИ НЕОБХОДИМО ИССЕЧЬ

- 1)+ небольшой участок поверхностно инфицированной пульпы с последующим прямым наложением препаратов гидроокиси кальция
- 2) только твердые ткани зуба с последующим прямым наложением препаратов гидроокиси кальция на пульпу
- 3) коронковую пульпу с последующим прямым наложением препаратов гидроокиси кальция на устьевую пульпу
- 4) коронковую и часть корневой пульпы с последующим прямым наложением препаратов гидроокиси кальция

196. ПРИ АПЕКСИФИКАЦИИ ПРОИСХОДИТ

- 1)+ формирование остеоцементного апикального барьера
- 2) физиологическое формирование верхушки корня зуба
- 3) регенерация
- 4) гиперцементоз

197. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА НЕСФОРМИРОВАННЫХ ЗУБОВ АМПУТАЦИОННЫМ МЕТОДОМ КОНТРОЛИРУЮТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ

- 1)+ через 3-6 месяцев, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня
- 2) на следующий день после лечения, а затем 1 раз в год
- 3) через 3 недели, а потом 1 раз в год
- 4) через 3 недели, а затем не реже 1 раза в 6 месяцев до завершения формирования корня

198. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВИТАЛЬНОЙ ПУЛЬПОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ минеральный триоксиагрегат
- 2) солкосерил
- 3) фенoplast
- 4) резорцин-формалиновая смесь

199. ДОСТОИНСТВОМ МИНЕРАЛТРИОКСИДАГРЕГАТА ПРИ СОЗДАНИИ АПИКАЛЬНОГО БАРЬЕРА В ЗУБАХ НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ возможность отверждения во влажной среде
- 2) низкий pH, обеспечивающий противовоспалительное действие
- 3) отсутствие нежелательного окрашивания твердых тканей зуба
- 4) потенциальная возможность стимуляции полной облитерации корневого канала

200. ДЕПУЛЬПИРОВАНИЕ ПОЛНОСТЬЮ ВЫВИХНУТОГО ПОСТОЯННОГО ЗУБА С НЕСФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ПРОВОДЯТ

- 1)+ при появлении признаков некроза пульпы
- 2) всегда до реплантации
- 3) всегда в течение 7-10 суток после реплантации
- 4) при сохранении подвижности зуба после снятия шины

201. КРИТЕРИЕМ ОТСУТСТВИЯ ВОСПАЛЕНИЯ В КУЛЬТЕ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ПРИ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ КОРОНКОВОЙ ПУЛЬПЫ В ПОСТОЯННОМ ЗУБЕ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ спонтанная остановка кровотечения в течение 1-4 мин
- 2) спонтанная остановка кровотечения в течение 5-6 мин
- 3) отсутствие жалоб на спонтанные боли, боли при накусывании
- 4) относительно небольшая глубина и размеры кариозной полости

202. ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПУЛЬПЫ ВО ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРАХ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ сульфат железа
- 2) перекись водорода
- 3) гипохлорит натрия
- 4) хлоргексидина биглюконат

203. РАБОЧУЮ ДЛИНУ ПРИ ОБРАБОТКЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБА С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- 1)+ рентгенологически
- 2) с помощью апекслокатора
- 3) на основании тактильных ощущений
- 4) на основании средних данных

204. ДЛЯ ПОКРЫТИЯ КУЛЬТИ ПУЛЬПЫ ПРИ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПУЛЬПЫ ВО ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРАХ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ минералтриоксидаагрегат
- 2) стеклоиономерный цемент
- 3) препараты на основе параформальдегида
- 4) формокрезол

205. НЕДОСТАТКОМ МИНЕРАЛТРИОКСИДАГРЕГАТА ПРИ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЛЯ ПРЯМОГО ПОКРЫТИЯ ПУЛЬПЫ И АМПУТАЦИИ КОРОНКОВОЙ ПУЛЬПЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ способность вызывать дисколорит твердых тканей зуба
- 2) относительно низкая герметичность
- 3) длительное отверждение во влажной среде
- 4) необходимость перекрывать его изолирующей прокладкой

206. ДЛЯ ПРЯМОГО ПОКРЫТИЯ ПУЛЬПЫ ПРИ СКОЛЕ КОРОНКИ ЗУБА С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ минералтриоксидаагрегат
- 2) стеклоиономерный цемент
- 3) цинк-оксид-эвгенольный цемент
- 4) резорцинформалиновую смесь

207. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АПЕКСИФИКАЦИИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ формирование видимой констрикции у верхушки корня
- 2) отсутствие очага просветления в периапикальных тканях
- 3) полная облитерация корневого канала
- 4) неполная облитерация корневого канала

208. ДЛЯ ПОКРЫТИЯ КУЛЬТИ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ПРИ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ КОРОНКОВОЙ В ПОСТОЯННОМ ЗУБЕ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ минералтриоксидаагрегат
- 2) стеклоиономерный цемент
- 3) препараты на основе парафармальдегида
- 4) сульфат железа, формокрезол

209. ДЛЯ ПОСТОЯННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВРЕМЕННОГО МОЛЯРА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ цинк-оксид-эвгеноловая паста
- 2) гуттаперчевые штифты и силер
- 3) пасту из гидроксида кальция на водной основе
- 4) стеклоиономерный цемент

210. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ВО ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦАХ СО СФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ пульпэкстрактор
- 2) шаровидный бор с алмазным напылением
- 3) корневой буров Хедстрема
- 4) твердосплавный бор для углового наконечника

211. ПРИ ВСКРЫТИИ ПУЛЬПЫ В РЕЗУЛЬТАТЕ СКОЛА КОРОНКИ ЗУБА С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ, ПРОИЗОШЕДШЕГО БОЛЕЕ, ЧЕМ ЗА 24 ЧАСА ДО ОБРАЩЕНИЯ, АДЕКВАТНОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ витальная ампутация коронковой пульпы
- 2) экстирпация пульпы с пломбированием канала гуттаперчей
- 3) экстирпация пульпы с пломбированием канала цинк-оксид-эвгенольным цементом
- 4) апексификация гидроксидами кальция

212. ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+ высоким pH (щелочной средой)
- 2) низким pH (кислой средой)
- 3) добавками антисептических средств
- 4) стимуляцией дентиногенеза и цементагенеза

213. ПРИ ВСКРЫТИИ ПУЛЬПЫ В РЕЗУЛЬТАТЕ СКОЛА КОРОНКИ ЗУБА С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ, ПРОИЗОШЕДШЕГО БОЛЕЕ, ЧЕМ ЗА 24 ЧАСА ДО ОБРАЩЕНИЯ, АДЕКВАТНОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ частичная пульпотомия по Цвеку
- 2) экстирпация пульпы с пломбированием канала гуттаперчей
- 3) экстирпация пульпы с пломбированием канала цинк-оксид-эвгенольным цементом
- 4) апексификация гидроксидами кальция

214. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ УСПЕХА АПЕКСИФИКАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ И НЕКРОЗОМ ПУЛЬПЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ формирование апикального упора
- 2) стихание явлений воспаления с заживлением периапикальных очагов
- 3) увеличение длины и толщины корня
- 4) облитерация корневого канала

215. ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПУЛЬПЫ ВО ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРАХ СО СФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ сульфат железа
- 2) перекись водорода
- 3) гипохлорит натрия
- 4) хлоргексидина биглюконат

216. ДЕПУЛЬПИРОВАНИЕ ПОЛНОСТЬЮ ВЫВИХНУТОГО ПОСТОЯННОГО ЗУБА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ПРОВОДЯТ

- 1)+ всегда сразу или в течение 7-10 суток после реплантации
- 2) при появлении признаков некроза пульпы
- 3) при изменении цвета коронковой части зуба
- 4) при сохранении подвижности зуба после снятия шины

217. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ВО ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРАХ СО СФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ пульпэкстрактор
- 2) шаровидный бор с алмазным напылением
- 3) корневой бурав Хедстрема
- 4) твердосплавный бор для углового наконечника

218. ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СКОЛЕ КОРОНКИ ЗУБА СО ВСКРЫТИЕМ ПУЛЬПЫ ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ давности травмы
- 2) повреждения соседних зубов
- 3) общей величины скола
- 4) изменения цвета зуба

219. ПЛОМБИРОВАНИЕ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПОСЛЕ ОТВЕРЖДЕНИЯ АПИКАЛЬНОГО БАРЬЕРА ИЗ МИНЕРАЛТРИОКСИДАГРЕГАТА ПРОВОДЯТ

- 1)+ методом вертикальной конденсации гуттаперчи
- 2) методом латеральной конденсации гуттаперчи
- 3) цинк-оксид-эвгенольным цементом
- 4) препаратами на основе гидроксида кальция

220. ТАМПОН С ФОРМОКРЕЗОЛОМ ПРИ КУПИРОВАНИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ КУЛЬТЕЙ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ВО ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ НАКЛАДЫВАЮТ НА (В МИНУТАХ)

- 1)+ 4
- 2) 2
- 3) 6
- 4) 10

221. ДЛЯ СОЗДАНИЯ АПИКАЛЬНОГО БАРЬЕРА ИЗ МИНЕРАЛТРИОКСИДАГРЕГАТА В ЗУБАХ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ плагер
- 2) спредер
- 3) коревой бурав Хедстрема
- 4) К-файл

222. ДЛЯ ПОКРЫТИЯ КУЛЬТЫ ПУЛЬПЫ ПРИ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПУЛЬПЫ ВО ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦАХ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ минералтритриоксидагрегат
- 2) стеклоиономерный цемент
- 3) препараты на основе параформальдегида
- 4) формокрезол

223. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АПЕКСИФИКАЦИИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ формирование остеоцементарного барьера
- 2) отсутствие очага просветления в периапикальных тканях
- 3) полная облитерация корневого канала
- 4) неполная облитерация корневого канала

224. ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПУЛЬПЫ ВО ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦАХ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ сульфат железа
- 2) перекись водорода
- 3) гипохлорит натрия
- 4) хлоргексидина биглюконат

225. ДЛЯ СОЗДАНИЯ АПИКАЛЬНОГО УПОРА В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ С НЕЗАКРЫТОЙ ВЕРХУШКОЙ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ минералтриоксидаагрегат
- 2) цинк-оксид-эвгенольный цемент
- 3) стеклоиономерный цемент
- 4) гуттаперчу

226. УСПЕХ ПРЯМОГО ПОКРЫТИЯ ПУЛЬПЫ В ЗУБАХ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ давности травмы
- 2) размера скола коронки зуба
- 3) материала реставрации
- 4) степени сформированности корня зуба

227. НЕДОСТАТКОМ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ПРИ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЛЯ ПРЯМОГО ПОКРЫТИЯ ПУЛЬПЫ И АМПУТАЦИИ КОРОНКОВОЙ ПУЛЬПЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ относительно низкая герметичность
- 2) способность вызывать дисколорит твердых тканей зуба
- 3) длительное отверждение во влажной среде
- 4) токсичность гидроксида кальция для клеток пульпы и периодонта

228. ДЛЯ ПРЯМОГО ПОКРЫТИЯ ПУЛЬПЫ В ЗУБАХ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ пасту из гидроксида кальция
- 2) стеклоиономерный цемент
- 3) препараты на основе парафармальдегида
- 4) сульфат железа, формокрезол

229. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТА В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ апексификация препаратами на основе гидроксида кальция
- 2) экстирпация пульпы с пломбированием канала гуттаперчей
- 3) ампутация коронковой пульпы с покрытием культи минералтриоксидаагрегатом
- 4) экстирпация пульпы с пломбированием корневого канала цинкоксидэвгенолом

230. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТА В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ создание апикального барьера биокерамическими материалами
- 2) экстирпация пульпы с пломбированием канала гуттаперчей
- 3) ампутация коронковой пульпы с покрытием культи минералтриоксидаагрегатом
- 4) экстирпация пульпы с пломбированием корневого канала цинкоксидэвгенолом

231. ПРИ ВСКРЫТИИ ПУЛЬПЫ В РЕЗУЛЬТАТЕ СКОЛА КОРОНКИ ЗУБА СО СФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ АДЕКВАТНОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ экстирпация пульпы с пломбированием канала гуттаперчей
- 2) витальная ампутация коронковой пульпы
- 3) экстирпация пульпы с пломбированием канала цинк-оксид-эвгенольным цементом
- 4) апексификация гидроксидом кальция

232. ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВРЕМЕННОГО МОЛЯРА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ пасту из гидроксида кальция
- 2) гуттаперчевые штифты и силер
- 3) цинк-оксид-эвгенольный цемент
- 4) стеклоиономерный цемент

233. ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ КУЛЬТИ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ПРИ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ КОРОНКОВОЙ В ПОСТОЯННОМ ЗУБЕ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ сульфат железа
- 2) перекись водорода
- 3) спиртовой раствор хлоргексидина
- 4) формокрезол

234. ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ В ХОДЕ АПЕКСИФИКАЦИИ АПИКАЛЬНОГО УПОРА КОРНЕВОЙ КАНАЛ ЗУБА ОБТУРИРУЮТ

- 1)+ гуттаперчей
- 2) цинк-оксид-эвгенольным цементом
- 3) минералтриоксидаггрегатом
- 4) пастой из гидроксида кальция

235. ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ВРЕМЕННОГО РЕЗЦА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ пасту из гидроксида кальция
- 2) гуттаперчевые штифты и силер
- 3) цинк-оксид-эвгенольный цемент
- 4) стеклоиономерный цемент

236. УСПЕХ ПРЯМОГО ПОКРЫТИЯ ПУЛЬПЫ ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ размеров участка вскрытия полости зуба
- 2) глубины кариозной полости
- 3) материала реставрации
- 4) степени сформированности корня зуба

237. ДЛЯ ИРРИГАЦИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ЗУБА С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ И НЕКРОЗОМ ПУЛЬПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ гипохлорит натрия
- 2) 0,05% хлоргексидин
- 3) перекись водорода
- 4) стерильный физраствор

238. ДЛЯ ПРЯМОГО ПОКРЫТИЯ ПУЛЬПЫ В ЗУБАХ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ минералтриоксидаггрегат
- 2) стеклоиономерный цемент
- 3) препараты на основе параформальдегида
- 4) сульфат железа, формокрезол

239. ДОСТОИНСТВОМ МИНЕРАЛТРИОКСИДАГРЕГАТА ПРИ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЛЯ ПРЯМОГО ПОКРЫТИЯ ПУЛЬПЫ И АМПУТАЦИИ КОРОНКОВОЙ ПУЛЬПЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стимуляция дентиногенеза
- 2) быстрое отверждение во влажной среде
- 3) возможность не перекрывать его изолирующей прокладкой
- 4) отсутствие влияния на цвет твердых тканей зуба

240. ДЛЯ ПОСТОЯННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ВРЕМЕННОГО РЕЗЦА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ цинк-оксид-эвгенольный цемент
- 2) гуттаперчевые штифты и силер
- 3) пасту из гидроксида кальция на водной основе
- 4) стеклоиономерный цемент

241. ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ПОЛОСТИ ЗУБА ПОСЛЕ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ КУЛЬТЫ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ПРИ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ КОРОНКОВОЙ В ПОСТОЯННОМ ЗУБЕ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ хлоргексидин
- 2) спирт
- 3) перекись водорода
- 4) формокрезол

242. ДЛЯ ПОКРЫТИЯ КУЛЬТЫ ПУЛЬПЫ ПРИ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПУЛЬПЫ ВО ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРАХ СО СФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ минералтριοксидагрегат
- 2) стеклоиономерный цемент
- 3) сульфат железа
- 4) формокрезол

243. ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СКОЛЕ КОРОНКИ ЗУБА СО ВСКРЫТИЕМ ПУЛЬПЫ ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ степени сформированности корня зуба
- 2) повреждения соседних зубов, общей величины скола
- 3) положения зуба в зубной дуге
- 4) изменения цвета, подвижности зуба

244. ДЛЯ ПОКРЫТИЯ КУЛЬТЫ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ПРИ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ КОРОНКОВОЙ В ПОСТОЯННОМ ЗУБЕ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ пасту из гидроксида кальция
- 2) стеклоиономерный цемент
- 3) препараты на основе параформальдегида
- 4) сульфат железа, формокрезол

245. ДОСТОИНСТВОМ МИНЕРАЛТРИОКСИДАГРЕГАТА ПРИ СОЗДАНИИ АПИКАЛЬНОГО БАРЬЕРА В ЗУБАХ НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стимуляция дентино- и цементогенеза
- 2) низкий pH, обеспечивающий противовоспалительное действие
- 3) отсутствие нежелательного окрашивания твердых тканей зуба
- 4) потенциальная возможность стимуляции полной облитерации корневого канала

246. ДОСТОИНСТВОМ МИНЕРАЛТРИОКСИДАГРЕГАТА ПРИ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЛЯ ПРЯМОГО ПОКРЫТИЯ ПУЛЬПЫ И АМПУТАЦИИ КОРОНКОВОЙ ПУЛЬПЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высочайшая степень герметичности
- 2) быстрое отверждение во влажной среде
- 3) возможность не перекрывать его изолирующей прокладкой
- 4) отсутствие влияния на цвет твердых тканей зуба

247. ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ

- 1)+ ЭДТА
- 2) глюконата кальция
- 3) марганцовокислого калия
- 4) формалина

248. ГУТТАПЕРЧЕВЫЕ ШТИФТЫ ВВОДЯТ В КОРНЕВОЙ КАНАЛ ДЛЯ

- 1)+ пломбирования
- 2) дезинфекции канала
- 3) абсорбции влаги
- 4) оттока экссудата

249. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ соляной кислоты
- 2) гипохлорита натрия
- 3) перекиси водорода
- 4) раствора ЭДТА

250. УДАЛЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПРЕДЕНТИНА СО СТЕНОК КАНАЛА ЗУБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ

- 1)+ К-файлом
- 2) пульпоэкстрактором
- 3) корневой иглой
- 4) каналонаполнителем

251. МЕТОДОМ ПОЛНОГО СОХРАНЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПУЛЬПЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биологический метод
- 2) витальная ампутация
- 3) витальная экстирпация
- 4) девитальная экстирпация

252. ВИТАЛЬНАЯ ПУЛЬПОТОМИЯ ПОКАЗАНА ПРИ СЛЕДУЮЩИХ РЕЗУЛЬТАТАХ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИИ У ФУРКАЦИИ КОРНЕЙ УЕ ОПТИЧЕСКОЙ ПЛОТНОСТИ

- 1)+ 128-192
- 2) 64-128
- 3) 42-64
- 4) 28-48

253. СОВРЕМЕННЫМ СПОСОБОМ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метод латеральной конденсации гуттаперчи
- 2) применение одной пасты
- 3) применение фосфат-цемента
- 4) применение серебряного штифта

254. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА У ДЕТЕЙ ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития
- 2) возраста ребенка, наличия сопутствующей соматической патологии
- 3) стадии развития зубов и их групповой принадлежности
- 4) групповой принадлежности зубов

255. ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы
- 2) перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы
- 3) хронический гангренозный пульпит в постоянном однокорневом зубе с несформированным корнем
- 4) пульпита любой формы во временных молярах независимо от стадии формирования корня

256. ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ИНТАКТНЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ПРОВОДЯТ С ОРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ НА УРОВНЕ

- 1)+ средней трети коронки
- 2) верхней трети коронки
- 3) режущего края
- 4) нижней трети коронки

257. РАСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА В ПРЕМОЛЯРАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ БОРОМ В НАПРАВЛЕНИИ

- 1)+ щечно-небном
- 2) по оси зуба
- 3) передне-заднем
- 4) щечно-заднем

258. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ МОЛОЧНОГО ЗУБА У РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО ПИЕЛОНЕФРИТОМ, РЕКОМЕНДОВАНО

- 1)+ удаление зуба
- 2) проведение резорцин-формалинового метода
- 3) пломбирование каналов пастой на масляной основе
- 4) пломбирование каналов гуттаперчевыми штифтами

259. КАНАЛЫ ВРЕМЕННЫХ СФОРМИРОВАННЫХ ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПЛОМБИРОВАТЬ

- 1)+ пастой из окиси цинка на масляной основе
- 2) фосфат-цементом
- 3) гуттаперчевыми штифтами
- 4) серебряными штифтами

260. ДЛЯ ВЫСУШИВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ бумажные штифты
- 2) пистолет универсальной установки
- 3) спирт
- 4) эфир

261. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР

- 1)+ гипохлорита натрия
- 2) спирта
- 3) эфира
- 4) аскорбиновой кислоты

262. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕСФОРМИРОВАННОГО ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРИНОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ витальная ампутация
- 2) витальная экстирпация
- 3) девитальная ампутация
- 4) девитальная экстирпация

263. ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ИНТАКТНЫХ НИЖНИХ МОЛЯРОВ ПРОВОДЯТ В ОБЛАСТИ

- 1)+ передней трети фиссуры
- 2) середины фиссуры
- 3) задней трети фиссуры
- 4) переднего щечного бугра

264. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕВОЙ ЧАСТИ (ЭКСТИРПАЦИИ) ПУЛЬПЫ В ХОРОШО ПРОХОДИМЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛАХ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ пульпоэкстрактор
- 2) иглу Миллера
- 3) К-файл
- 4) гуттакондensor

265. ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ИНТАКТНЫХ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ В ОБЛАСТИ

- 1)+ передней фиссуры
- 2) задней фиссуры
- 3) щечного бугра
- 4) нёбного бугра

266. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПРИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОМ РАСШИРЕНИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ расширение устьев корневого канала
- 2) расширение апикального отверстия
- 3) определение длины корневого канала
- 4) антисептическая обработка

267. ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ОЗНАЧАЕТ

- 1)+ создание сообщения с полостью зуба
- 2) удаление нависающих краев эмали
- 3) перфорацию дна полости зуба
- 4) удаление свода полости зуба

268. ЛЕЧЕНИЕ ГАНГРЕНОЗНОГО ПУЛЬПИТА ПОСТОЯННОГО СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА В УСЛОВИЯХ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРОВОДИТСЯ МЕТОДОМ

- 1)+ пульпэктомии
- 2) пульпотомии
- 3) высокой ампутации
- 4) частичной ампутации

269. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ (ЭКСТИРПАЦИЯ) В ХОРОШО ПРОХОДИМЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛАХ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ пульпэкстрактор
- 2) иглу Миллера
- 3) К-файл
- 4) К-риммер

270. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ (АМПУТАЦИИ) ПУЛЬПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ экскаватор
- 2) штопфер
- 3) зонд
- 4) колесовидный бор

271. КОРОНКОВУЮ ЧАСТЬ ПУЛЬПЫ УДАЛЯЮТ

- 1)+ экскаватором
- 2) штопфером
- 3) зондом
- 4) колесовидным бором

272. ДЕВИТАЛИЗИРУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ параформальдегидная паста
- 2) цинкэвгеноловая паста
- 3) резорцин-формалиновая жидкость
- 4) крезофен

273. СИМВОЛОМ К-ФАЙЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ квадрат
- 2) треугольник
- 3) ромб
- 4) круг

274. ПРИ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ В КАЧЕСТВЕ СИЛЕРА ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ пасту на основе смол
- 2) резорцин-формалиновую пасту
- 3) серебряные штифты
- 4) стекловолоконные штифты

275. ДЛЯ ИМПРЕГНАЦИОННОГО МЕТОДА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР

- 1)+ резорцин-формалина
- 2) камфора-фенола
- 3) формалина
- 4) «царской водки»

276. КОНУСНОСТЬ СТАНДАРТНЫХ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ СОСТАВЛЯЕТ _____ %

- 1)+ 2
- 2) 4
- 3) 6
- 4) 8

277. ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ИНТАКТНЫХ ПРЕМОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ В

- 1)+ середине продольной фиссуры
- 2) области щечного бугра
- 3) области нёбного бугра
- 4) пришеечной области

278. ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ пасты на основе растительных масел и нетвердеющие кальцийсодержащие пасты
- 2) резорцин-формалиновую пасту
- 3) гуттаперчевые штифты с корневым герметиком
- 4) мумифицирующие пасты

279. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ДОЛЖНЫ

- 1)+ быть способными рассасываться
- 2) быстро затвердевать
- 3) обладать одонтотропным действием
- 4) оказывать дезодорирующее действие

280. СИМВОЛОМ К-РИМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ треугольник
- 2) квадрат
- 3) ромб
- 4) круг

281. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ спредер
- 2) Н-файл
- 3) развертку
- 4) пульпоэкстрактор

282. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ИМПРЕГНАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ облитерированные каналы
- 2) каналы в стадии резорбции верхушечной части
- 3) широкие каналы
- 4) каналы однокорневых зубов

283. ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЕМИИ ПУЛЬПЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вскрытие пульпарной полости зуба
- 2) невскрытие пульпарной полости
- 3) полное удаление некротизированного дентина
- 4) раскрытие кариозной полости

284. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРОНКОВОЙ ПУЛЬПЫ В МОЛЯРАХ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ экскаватор
- 2) плагер
- 3) спредер
- 4) корневую иглу

285. ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ПРОВОДЯТ

- 1)+ бором
- 2) шпателем
- 3) пинцетом
- 4) штопфером

286. ПУЛЬПЭКТОМИЯ ПОКАЗАНА ПРИ СЛЕДУЮЩИХ РЕЗУЛЬТАТАХ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИИ У ФУРКАЦИИ КОРНЕЙ УЕ ОПТИЧЕСКОЙ ПЛОТНОСТИ

- 1)+ 64-128
- 2) 128-192
- 3) 42-64
- 4) 28-48

287. ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы
- 2) перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы
- 3) хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном однокорневом зубе
- 4) любая форма пульпита во временных однокорневых зубах со сформированными корнями

288. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА БИОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ сохранение всей пульпы
- 2) удаление коронковой пульпы под анестезией
- 3) удаление коронковой и корневой пульпы под анестезией
- 4) девитализация пульпы мышьяковистой пастой

289. ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ИНТАКТНОГО ВТОРОГО ПРЕМОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ В ОБЛАСТИ

- 1)+ середины продольной фиссуры
- 2) щечного бугра
- 3) язычного бугра
- 4) задней трети продольной фиссуры

290. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФОРМОКРЕЗОЛА ПРИ ВИТАЛЬНОЙ ПУЛЬПОТОМИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 5 минут
- 2) 30 минут
- 3) 2-3 суток
- 4) до 1 недели

291. ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ПРИЧИННЫЙ ВРЕМЕННЫЙ ОДНОКОРНЕВОЙ ЗУБ СЛЕДУЕТ

- 1)+ удалить
- 2) трепанировать и пломбировать
- 3) пломбировать и произвести резекцию верхушки корня
- 4) шинировать

292. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ ПОСТОЯННОГО СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1)+ экстирпацию пульпы
- 2) высокую ампутацию пульпы
- 3) витальную ампутацию
- 4) биологический метод

293. МЕТОДИКА ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПАСТАМИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ последовательном заполнении канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
- 2) введении разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
- 3) введении в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
- 4) введении в канал одного центрального штифта

294. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛОВ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ДОЛЖНЫ

- 1)+ обладать одонтотропным действием
- 2) быстро затвердевать
- 3) быть способными рассасываться
- 4) оказывать дезодорирующее действие

295. ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отлом инструмента в канале
- 2) создание апикального упора
- 3) пломбирование корневого канала до физиологического отверстия
- 4) создание конусности канала

296. ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ИНТАКТНОГО ПЕРВОГО ПРЕМОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ В ОБЛАСТИ

- 1)+ фиссуры впереди валика
- 2) валика
- 3) фиссуры позади валика
- 4) щечного бугра

297. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ПУЛЬПЫ ИЗ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ пульпоэкстрактор
- 2) рашпиль
- 3) К-файл
- 4) К-риммер

298. ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ РАСТВОР ХЛОРГЕКСИДИНА ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ

- 1)+ антисептическое
- 2) сосудосуживающее
- 3) остеотропное
- 4) гемостатическое

299. ПРОВЕДЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ВОЗМОЖНО ПРИ

- 1)+ случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса
- 2) острым диффузном пульпите многокорневого зуба
- 3) хроническом фиброзном пульпите в стадии обострения
- 4) хроническом гипертрофическом пульпите

300. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАБОЧЕЙ ДЛИНЫ ЗУБА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ

- 1)+ рентгенографии
- 2) субъективных ощущений
- 3) термодиагностики
- 4) электроодонтодиагностики

301. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЛЯ РАСКРЫТИЯ ПОЛОСТИ ЗУБА СПЕЦИАЛЬНЫЕ БОРЫ - ФИССУРНЫЕ С ТУПОЙ ВЕРХУШКОЙ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ исключения перфорации
- 2) раскрытия устьев
- 3) препарирования эмали
- 4) ускорения обработки

302. ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ПОСЛЕ СОЗДАНИЯ ОТТОКА ЭКССУДАТА В КОРНЕВОЙ КАНАЛ ВВОДЯТ ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ _____ ДЕЙСТВИЕМ

- 1)+ противовоспалительным
- 2) регенеративным
- 3) эпителизирующим
- 4) тромболитическим

303. ПРИ ПУЛЬПИТЕ ПОСТОЯННОГО НЕСФОРМИРОВАННОГО КЛЫКА ДЛЯ ЗАВЕРШЕНИЯ АПЕКСОГЕНЕЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ ПРЕПАРАТ, СОДЕРЖАЩИЙ

- 1)+ минеральный триоксигреггат
- 2) формокрезол
- 3) глутаральдегид
- 4) диаминфторид серебра

304. РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО ПИЕЛОНЕФРИТОМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ удалении зуба
- 2) пломбировании каналов пастой на масляной основе
- 3) пломбировании каналов пастой на основе гидроокиси кальция
- 4) пломбировании каналов резорцин-формалиновой пастой

305. ПРОЦЕССОМ ФОРМИРОВАНИЯ ТВЕРДОТКАННОГО БАРЬЕРА, КАК БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННОГО ЗУБА С НЕСФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ МЕТОДОМ МНОГОЭТАПНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ ПРЕПАРАТОВ ГИДРООКСИ КАЛЬЦИЯ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ апексификацией
- 2) апексогенезом
- 3) регенерацией
- 4) минерализацией

306. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННОГО ЗУБА С НЕСФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ МЕТОДОМ СОЗДАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО АПИКАЛЬНОГО БАРЬЕРА ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ МТА С ЦЕЛЬЮ _____ КОРНЕВОГО КАНАЛА

- 1)+ постоянной obturации
- 2) временной obturации
- 3) дезинфекции
- 4) реваскуляризации

307. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАБОЧЕЙ ДЛИНЫ КОРНЕВОГО КАНАЛА В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ ЭЛЕКТРОМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ апекслокатор
- 2) пульптестер
- 3) эндоактиватор
- 4) пьезоример

308. МИНЕРАЛЬНЫЙ ТРИОКСИАГРЕГАТ (МТА) ОБЛАДАЕТ СВОЙСТВОМ

- 1)+ одонотропным
- 2) мумифицирующим
- 3) некротизирующим
- 4) склерозирующим

309. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ ПУЛЬПОТОМИИ В НЕСФОРМИРОВАННЫХ ЗУБАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ апексогенез
- 2) апексификация
- 3) остеомаляция
- 4) остеосклероз

310. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННОГО ЗУБА С НЕСФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ МЕТОДОМ МНОГОЭТАПНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ КАЛЬЦИЯ ГИДРОКСИДА ПОСТОЯННАЯ ОБТУРАЦИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ

- 1)+ апексификации
- 2) апексогенеза
- 3) резорбции корня
- 4) отсутствия воспаления

311. МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАБОЧЕЙ ДЛИНЫ КОРНЕВОГО КАНАЛА С ПОМОЩЬЮ АПЕКСЛОКАТОРА НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ электрометрический
- 2) эндодонтический
- 3) механический
- 4) тактильный

312. ПРИ ЛЕЧЕНИИ МОЛОЧНОГО ЗУБА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ФОРМОКРЕЗОЛ НАКЛАДЫВАЕТСЯ НА УСТЬЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НА

- 1)+ 3-5 минут
- 2) 15 минут
- 3) сутки
- 4) 30 секунд

313. РАБОЧАЯ ДЛИНА ИНСТРУМЕНТОВ ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КАНАЛОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ КОРНЯ НА

- 1)+ 2 мм короче рентгенологически видимых границ формирующегося корня
- 2) 5 мм короче рентгенологически видимых границ формирующегося корня
- 3) уровне верхушек раструба корневого канала
- 4) 10 мм короче рентгенологически видимых границ формирующегося корня

314. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ ПРОВОДЯТ

- 1)+ биологический метод лечения пульпита с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой
- 2) закрытие линии перелома фтор-цементом
- 3) витальную ампутацию
- 4) высококую ампутацию

315. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УДАЛЕНИЕ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ПУЛЬПЫ ИЛИ ЕЕ РАСПАДА ПРОИЗВОДЯТ ПОСЛЕ

- 1)+ снятия крыши пульповой камеры
- 2) экстирпации пульпы из корневых каналов
- 3) промывания дистиллированной водой
- 4) определения рабочей длины

316. К ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ У РЕБЕНКА 7-МИ ЛЕТ ОТНОСЯТ

- 1)+ витальную ампутацию
- 2) витальную экстирпацию
- 3) девитальную ампутацию
- 4) девитальную экстирпацию

317. К ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ У РЕБЕНКА 6-ТИ ЛЕТ ОТНОСЯТ

- 1)+ витальную ампутацию
- 2) витальную экстирпацию
- 3) девитальную ампутацию
- 4) девитальную экстирпацию

318. ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы
- 2) перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы
- 3) хронический гангренозный пульпит в постоянном однокорневом зубе с несформированным корнем
- 4) все формы пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня

319. ПЛОМБИРОВАНИЕ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ С РАЗРУШЕНИЕМ КОРОНКИ ПРОВОДЯТ

- 1)+ пастой из окиси цинка на масляной основе
- 2) фосфат-цементом
- 3) серебряным штифтом
- 4) резорцин-формалиновой пастой

320. НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДВА КОРНЯ ИМЕЮТ

- 1)+ первые премоляры
- 2) резцы
- 3) клыки
- 4) моляры

321. ПРОЦЕСС АПЕКСИФИКАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННОГО ЗУБА С НЕЗАВЕРШЕННЫМ АПЕКСОГЕНЕЗОМ ОСНОВАН НА МНОГОЭТАПНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ

- 1)+ кальция гидроксида
- 2) формальдегида
- 3) цинк-эвгенола
- 4) минералтриаггрегата

322. К ОСНОВНЫМ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СВОЙСТВАМ ЦИНКФОСФАТНЫХ ЦЕМЕНТОВ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ рентгеноконтрастность, герметичность
- 2) вязкость
- 3) короткий период пластичности
- 4) быстрое затвердевание

323. С ЦЕЛЬЮ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОБРАБОТКЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ

- 1)+ сульфата железа
- 2) ЭДТА
- 3) лимонной кислоты
- 4) хлоргексидина

324. ДВА КОРНЯ И ДВА КАНАЛА ИМЕЮТ ЗУБЫ

- 1)+ 1.4 и 2.4
- 2) 1.2 и 2.2
- 3) 3.2 и 4.2
- 4) 3.4 и 4.4

325. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННОГО ЗУБА С НЕСФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ МЕТОДОМ СОЗДАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО АПИКАЛЬНОГО БАРЬЕРА ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ

- 1)+ минералтриаггегата (МТА)
- 2) гидроксиапатита
- 3) фенол-формалина
- 4) оксида циркония

326. ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КАНАЛОВ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ препараты ЭДТА
- 2) эвгенол
- 3) перекись водорода
- 4) хлорамин

327. ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ

- 1)+ кальция гидроксида
- 2) сульфата железа
- 3) лимонной кислоты
- 4) хлоргексидина

328. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБА МЕТОДОМ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ НА ОСТАВШУЮСЯ В КАНАЛЕ ЧАСТЬ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ВОЗДЕЙСТВУЮТ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ С ЦЕЛЬЮ ПРЕКРАЩЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА И ОБЕСПЕЧЕНИЯ

- 1)+ апексогенеза
- 2) апексификации
- 3) кальцификации
- 4) остеомалации

329. ПРИ ПУЛЬПИТЕ ПОСТОЯННОГО НЕСФОРМИРОВАННОГО ПРЕМОЛЯРА ДЛЯ ЗАВЕРШЕНИЯ АПЕКСОГЕНЕЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ ПРЕПАРАТ, СОДЕРЖАЩИЙ

- 1)+ гидроокись кальция
- 2) формокрезол
- 3) глутаральдегид
- 4) окись цинка

330. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ИСХОД МЕТОДА ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ВОЗМОЖЕН ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ УСТЬЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА НЕ БОЛЕЕ _____ МИНУТ

- 1)+ 4-5
- 2) 1-2
- 3) 10
- 4) 6-8

331. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ С ЦЕЛЬЮ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СУХОСТИ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ, ЗАЩИТЫ ОТ ПОПАДАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ

- 1)+ коффердам
- 2) оптрагейт
- 3) опправью
- 4) драйтипс

332. МЕТОДОМ, НАПРАВЛЕННЫМ НА СОХРАНЕНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ВСЕЙ ПУЛЬПЫ ЗУБА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биологический
- 2) девитальная ампутация
- 3) девитальная экстирпация
- 4) витальная экстирпация

333. ПРИ ПЕРИОДОНТИТЕ ПОСТОЯННОГО ЗУБА С НЕСФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ АПЕКСОГЕНЕЗ

- 1)+ прекращается
- 2) ускоряется
- 3) продолжается
- 4) замедляется

334. ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НАПРАВЛЕННЫ НА СОЗДАНИЕ

- 1)+ оттока экссудата
- 2) искусственного барьера
- 3) остецементного барьера
- 4) притока крови

335. ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКЕ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ _____ ОБЛЕГЧАЮТ СКОЛЬЖЕНИЕ ИНСТРУМЕНТА В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ

- 1)+ ЭДТА
- 2) пероксида водорода
- 3) лимонной кислоты
- 4) хлоргексидина

336. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПОСТОЯННОГО ОДНОКОРНЕВОГО НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПУЛЬПЫ В ЭТО ЖЕ ПОСЕЩЕНИЕ

- 1)+ проводят пломбирование канала пастой
- 2) проводят противовоспалительную терапию
- 3) проводят физиотерапевтические процедуры
- 4) канал зуба оставляют открытым

337. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ ПУЛЬПОЭКСТРАКТОР ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ _____ КОРНЕВОГО КАНАЛА

- 1)+ удаления содержимого
- 2) механической обработки
- 3) расширения устья
- 4) первичного прохождения

338. ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКЕ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ _____ СПОСОБСТВУЮТ РАСТВОРЕНИЮ ТКАНЕЙ ПУЛЬПЫ

- 1)+ гипохлорита натрия
- 2) пероксида водорода
- 3) лимонной кислоты
- 4) хлоргексидина

339. К ОСНОВНЫМ НЕДОСТАТКАМ ПЛАСТИЧЕСКИХ НЕТВЕРДЕЮЩИХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ рассасывание в корневом канале
- 2) слабое бактерицидное действие
- 3) слабое противовоспалительное действие
- 4) инертность в корневом канале

340. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ РАСПОЛОЖЕНИЕ И КОЛИЧЕСТВО УСТЬЕВ С ПОМОЩЬЮ

- 1)+ эндодонтического зонда
- 2) апекслокатора
- 3) пульпоэкстрактора
- 4) алмазного бора

341. ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ цинк-эвгенольную пасту
- 2) термофил
- 3) водный дентин
- 4) гуттаперчевые штифты

342. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФИБРОЗНОГО ПУЛЬПИТА В СФОРМИРОВАННЫХ ОДНОКОРНЕВЫХ ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

- 1)+ витальной экстирпации пульпы
- 2) реминерализации твердых тканей зубов
- 3) девитальной ампутации пульпы
- 4) неспецифической гипосенсибилизации

343. ЭФФЕКТИВНЫМ ВРЕМЕННЫМ МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ В ЗУБАХ С НЕЗАКОНЧЕННЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ КОРНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кальцийсодержащая паста
- 2) резорцин-формалиновая паста
- 3) эвгеноловая паста
- 4) гуттаперча

344. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ С ЦЕЛЬЮ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

- 1)+ коффердам
- 2) оптрагейт
- 3) опправью
- 4) драйтипс

345. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ДОЛЖНЫ

- 1)+ обладать бактерицидными свойствами
- 2) быть инертными по отношению к микроорганизмам
- 3) не проникать в дентинные каналы
- 4) выпадать в осадок в корневом канале

346. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА В НЕСФОРМИРОВАННЫХ ЗУБАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прекращение формирования корня
- 2) завершение формирования корня
- 3) уменьшение объема полости зуба
- 4) увеличение объема полости зуба

347. ДЛЯ ДЕВИТАЛИЗАЦИИ ПУЛЬПЫ ВРЕМЕННОГО ЗУБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ параформальдегид
- 2) кафмаро-фенол
- 3) глутаровый альдегид
- 4) лидокаин

348. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ МОЛОЧНОГО ЗУБА С ДИАГНОЗОМ «ПЕРИОДОНТИТ» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие перфорации в области фуркации
- 2) недавно перенесённое ОРВИ ребёнком
- 3) желание родителей
- 4) ранний возраст ребёнка

349. ПЕРВЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 6 месяцев
- 2) 1-3 дня
- 3) 1 месяц
- 4) 1 год

Тема 13. Развитие и возрастные особенности зубов и челюстей у детей.

1. К ЗОНЕ ГИПОМИНЕРАЛИЗАЦИИ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ фиссуры
- 2) экватор
- 3) бугры
- 4) пришеечную область

2. СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СТОРОНУ ВЫЗЫВАЕТ

- 1)+ неравномерное стирание молочных зубов
- 2) ранняя потеря молочных зубов
- 3) сон на высокой подушке
- 4) сосание пальца

3. УДАЛЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ПО МЕТОДУ ХОТЦА ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ большом дефиците места
- 2) несоответствии размеров зубов и челюстей
- 3) наличии сверхкомплектных зубов
- 4) адентии

4. У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ КОЛИЧЕСТВО ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1)+ 10
- 2) 6
- 3) 8
- 4) 12

5. РАННЯЯ ПОТЕРЯ ЗУБА 6.3 ПРИВОДИТ К

- 1)+ мезиальному смещению боковых зубов и латеральному передних
- 2) травме зачатка постоянного зуба
- 3) дистальному смещению боковых зубов
- 4) деминерализации одноименного зачатка

6. РЕЖИМ НОШЕНИЯ ПЛАСТИНКИ С ИСКУССТВЕННЫМИ ЗУБАМИ ПРЕДПОЛАГАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1)+ круглосуточное
- 2) только на время приёма пищи
- 3) с утра до вечера, снятие на ночь
- 4) только ночью

7. РАННЯЯ ПОТЕРЯ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- 1)+ наклону соседних зубов в сторону дефекта
- 2) удлинению зубной дуги
- 3) диастеме
- 4) вертикальной резцовой дизокклюзии

8. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕМЫ И ДИАСТЕМЫ ХАРАКТЕРНЫ В ПЕРИОД _____ ЗУБОВ

- 1)+ подготовки к смене
- 2) формирования прикуса временных
- 3) формирования прикуса постоянных
- 4) сформированного прикуса временных

9. ЗАКЛАДКА ЗУБНОЙ ПЛАСТИНКИ ПРОИСХОДИТ В ПЕРИОД ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА НА (В НЕДЕЛЯХ)

- 1)+ 6-7
- 2) 8-9
- 3) 10-16
- 4) 21-30

10. НИЖНЯЯ МАКРОГНАТИЯ ЧАЩЕ СОЧЕТАЕТСЯ С АНОМАЛИЕЙ ПОЛОЖЕНИЯ РЕЗЦОВ

- 1)+ протрузией верхних и ретрузией нижних резцов
- 2) протрузией верхних и нижних резцов
- 3) ретрузией верхних и протрузией нижних резцов
- 4) положение резцов вариабельно

11. ИЗ МЕЗЕНХИМЫ ЗУБНОГО МЕШОЧКА ОБРАЗУЮТСЯ

- 1)+ цемент
- 2) эмаль
- 3) дентин
- 4) пелликула

12. ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ РОСТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ РОСТ

- 1)+ в области швов
- 2) в области бугра
- 3) в области альвеолярных отростков
- 4) во фронтальном участке

13. ПРИ РАННЕЙ ПОТЕРЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФОРМАЦИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ НУЖНО ПРОВЕСТИ

- 1)+ протезирование
- 2) стимулирование прорезывания постоянных зубов
- 3) сошлифовывание нестёршихся бугров молочных зубов
- 4) наблюдение

14. СИМПТОМ ТЕСНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ С БОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ МОЖНО ПРОГНОЗИРОВАТЬ

- 1)+ в дошкольном возрасте
- 2) на первом году жизни
- 3) в раннем возрасте
- 4) в младшем школьном возрасте

15. К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ РЕБЕНКА ЗАНИМАЕТ ПОЛОЖЕНИЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ВЕРХНЕЙ

- 1)+ дистальное
- 2) нейтральное
- 3) мезиальное
- 4) латеральное

16. КОРНИ МОЛОЧНЫХ РЕЗЦОВ ФОРМИРУЮТСЯ К (ГОДЫ)

- 1)+ 2
- 2) 0,5
- 3) 3,5
- 4) 1,5

17. АДЕНТИЯ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИИ ИХ

- 1)+ количества
- 2) сроков прорезывания
- 3) структуры
- 4) формы

18. К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ В НОРМЕ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

- 1)+ меньше верхней
- 2) равна верхней
- 3) больше верхней на 3 мм
- 4) больше верхней на 5 мм

19. РАННИМ ПРИЗНАКОМ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ТЕСНОМУ ПОЛОЖЕНИЮ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие трем во временном прикусе
- 2) уплощение фронтального участка зубного ряда
- 3) сужение зубной дуги
- 4) укорочение зубного ряда

20. ИЗ МЕЗЕНХИМЫ ЗУБНОГО СОСОЧКА ОБРАЗУЮТСЯ

- 1)+ дентин
- 2) эмаль
- 3) цемент
- 4) пелликула

21. ФОЛЛИКУЛЫ ТРЕТЬЕГО ПОСТОЯННОГО МОЛЯРА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ НАЧИНАЮТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ

- 1)+ с 5 лет
- 2) с 4 лет
- 3) с 3 лет
- 4) при рождении ребёнка

22. РОСТ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К (В ГОДАХ)

- 1)+ 12-13
- 2) 13-14
- 3) 15-16
- 4) 9-10

23. ИЗ ЭМАЛЕВОГО ОРГАНА ОБРАЗУЮТСЯ

- 1)+ эмаль
- 2) дентин
- 3) цемент
- 4) пелликула

24. ВРЕМЕННАЯ ОККЛЮЗИЯ ФОРМИРУЕТСЯ У РЕБЕНКА К ВОЗРАСТУ (ЛЕТ)

- 1)+ 3
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 6

25. ВЫРАЖЕННАЯ АНТЕРИАЛЬНАЯ РОСТОВАЯ РОТАЦИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ СКЕЛЕТНОГО ПРИКУСА

- 1)+ глубокого
- 2) дистального
- 3) мезиального
- 4) открытого

26. У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ КОЛИЧЕСТВО ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1)+ 10
- 2) 6
- 3) 8
- 4) 12

27. ПОСТЕРИАЛЬНАЯ РОСТОВАЯ РОТАЦИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ СКЕЛЕТНОГО ПРИКУСА

- 1)+ открытого
- 2) дистального
- 3) мезиального
- 4) глубокого

28. ДЛЯ КЛАССИФИКАЦИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ЭДВАРД ЭНГЛЬ ПРЕДЛОЖИЛ ____ КЛАССА

- 1)+ 3
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 6

29. ДЕСНЕВЫЕ ВАЛИКИ У РЕБЕНКА ДО 6 МЕСЯЦЕВ ИМЕЮТ ФОРМУ

- 1)+ полукруга
- 2) трапеции
- 3) полуэллипса
- 4) параболы

30. ПЕРВЫЙ ПОСТОЯННЫЙ МОЛЯР ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 6
- 2) 4
- 3) 10
- 4) 12

31. ПОЛОЖЕНИЕ ЯЗЫКА МЕЖДУ ЗУБАМИ ПРИВОДИТ К

- 1)+ вертикальной резцовой дизокклюзии
- 2) мезиальной окклюзии
- 3) дистальной окклюзии
- 4) глубокой резцовой окклюзии

32. НИЗКОЕ КРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИВОДИТ К

- 1)+ диастеме
- 2) увеличению подвижности зубов
- 3) тремам
- 4) ограничению подвижности нижней губы

33. ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ старше 11
- 2) 9-11
- 3) 6-9
- 4) 3-6

34. ПРОТЕЗИРОВАНИЕ У ДЕТЕЙ МОЖНО ПРОВОДИТЬ

- 1)+ без возрастных ограничений
- 2) в 3-4 года
- 3) в 5-7 лет
- 4) в 12-14 лет

35. ОБРАЗОВАНИЕ И МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВЕРШИН И КОМПАКТНЫХ ПЛАСТИНОК МЕЖЗУБНЫХ ПЕРЕГОРОДОК ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К ____ ГОДАМ

- 1)+ 14-15
- 2) 8-9
- 3) 6-7
- 4) 10-11

36. РЕТИНИРОВАННЫЕ СВЕРХКОМПЛЕКТНЫЕ ЗУБЫ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- 1)+ во фронтальном отделе верхней челюсти
- 2) в области верхнечелюстного синуса
- 3) в подбородочном отделе нижней челюсти
- 4) в области угла нижней челюсти

37. РОСТКОВАЯ ЗОНА КОРНЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ОЧАГ РАЗРЕЖЕНИЯ КОСТИ

- 1)+ ограниченного по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом
- 2) с четкими контурами у верхушки корня с узким каналом
- 3) с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом
- 4) с нечеткими контурами у верхушки корня с узким каналом

38. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПУЛЬПЫ В ПЕРИОД РАЗВИТИЯ ЗУБА

- 1)+ большое количество клеточных элементов
- 2) малое количество клеточных элементов
- 3) большое количество эластических волокон
- 4) большое количество коллагеновых волокон

39. В ПЕРИОД РЕЗОРБЦИИ КОРНЕЙ В ПУЛЬПЕ КОЛИЧЕСТВО

- 1)+ клеточных элементов уменьшается
- 2) клеточных элементов увеличивается
- 3) аморфного вещества увеличивается
- 4) коллагеновых структур уменьшается

40. ПУЛЬПА ЗУБА РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ

- 1)+ зубного сосочка
- 2) зубного мешочка
- 3) эмалевого органа
- 4) костной ткани челюсти

41. ВРЕМЕННЫЕ РЕЗЦЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ В (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 5-8
- 2) 10-12
- 3) 14-16
- 4) 18-30

42. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

- 1)+ обширная полость зуба, широкие каналы
- 2) обширная полость зуба, узкие каналы
- 3) полость зуба не сформирована, каналы облитерированы
- 4) полость зуба облитерирована, каналы не прослеживаются

43. СУСТАВНОЙ БУГОРОК ПОЯВЛЯЕТСЯ К _____ ЖИЗНИ

- 1)+ 7-8 месяцу
- 2) 3 месяцу
- 3) 6 месяцу
- 4) 3 году

44. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ НАЧИНАЕТСЯ

- 1)+ во втором полугодии после рождения
- 2) на 17 неделе внутриутробного развития
- 3) в первые недели после рождения
- 4) в 2,5 – 3,5 года

45. НИЗКАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА СВЯЗАНА С

- 1)+ недостаточной минерализацией эмали
- 2) избыточным накоплением ионов фтора
- 3) недостаточной функциональной нагрузкой
- 4) отсутствием зубов антагонистов

46. ПОЗДНИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ РОДОВОЙ ТРАВМЫ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ недоразвитие нижней челюсти
- 2) ринолалия
- 3) короткая уздечка языка
- 4) анкилоглоссия

47. У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ПОДВЕРГАЮТСЯ РЕТЕНЦИИ ЗУБЫ

- 1)+ 1.8, 2.8
- 2) 1.6, 2.6
- 3) 3.6, 4.6
- 4) 1.1, 2.1

48. ПЕРИОД ГИСТОГЕНЕЗА ТКАНЕЙ ЗУБА НАЧИНАЕТСЯ

- 1)+ к концу 4-го месяца внутриутробного периода развития
- 2) к концу 3-го месяца внутриутробного периода развития
- 3) 6-7 неделе внутриутробного периода развития
- 4) после рождения ребенка

49. ИСХОДОМ ТРАВМЫ ЗАЧАТКА ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ местная гипоплазия
- 2) флюороз
- 3) одонтома
- 4) цементома

50. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ В/ВО

- 1)+ II половине внутриутробного развития
- 2) I половине внутриутробного развития
- 3) I полугодии после рождения
- 4) II полугодии после рождения

51. ДЕНТИН ЗУБА РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ

- 1)+ зубного сосочка
- 2) зубного мешочка
- 3) эмалевого органа
- 4) костной ткани челюсти

52. ОБРАЗОВАНИЕ И МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВЕРШИН И КОМПАКТНЫХ ПЛАСТИНОК МЕЖЗУБНЫХ ПЕРЕГОРОДОК ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К ____ ГОДАМ

- 1)+ 8-9
- 2) 5-6
- 3) 3-4
- 4) 10-11

53. ОДОНТОБЛАСТЫ, РАСПОЛОЖЕНЫ В НЕСКОЛЬКО РЯДОВ В

- 1)+ периферических отделах пульпы зуба
- 2) в области дентино-эмалевой границы
- 3) в пришеечной области
- 4) в области зоны роста

54. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ОРГАНИЧЕСКОГО МАТРИКСА ДЕНТИНА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ

- 1)+ к концу 5-го месяца внутриутробного периода развития
- 2) на 6-7 неделе внутриутробного периода развития
- 3) к концу 3-го месяца внутриутробного периода развития
- 4) первый месяц после рождения ребенка

55. В КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА ОБРАЗОВАНИЕ ДЕНТИНА НАЧИНАЕТСЯ С ОБЛАСТИ

- 1)+ бугров и режущего края
- 2) экватора коронки зуба
- 3) пришеечной области
- 4) бифуркации моляров

56. РАЗВИТИЕ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ РОСТА КОРНЯ ЗУБА ЧЕРЕЗ

- 1)+ 1-2 года
- 2) 1-2 месяца
- 3) 6- 9 месяцев
- 4) 3-6 месяцев

57. ДЛЯ ДЕНТИНА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРНЫ ____ ВЛАЖНОСТЬ, ____ МИНЕРАЛИЗАЦИЯ

- 1)+ большая, меньшая
- 2) большая, большая
- 3) меньшая, меньшая
- 4) меньшая, большая

58. ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ СЛОЙ ПУЛЬПЫ СОДЕРЖИТ КЛЕТКИ

- 1)+ одонтобласты
- 2) пульпоциты звездчатой формы
- 3) фибробласты
- 4) гистиоциты

59. ЗАКЛАДКА ЗУБНОЙ ПЛАСТИНКИ ПРОИСХОДИТ В ПЕРИОД ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА НА _____ НЕДЕЛЕ

- 1)+ 6-7
- 2) 8-9
- 3) 10-16
- 4) 17-20

60. В РАЗВИТИИ ЭМАЛИ РАЗЛИЧАЮТ _____ СТАДИИ

- 1)+ три
- 2) четыре
- 3) две
- 4) пять

61. СУСТАВНОЙ БУТОРОК ПОЛНОСТЬЮ ФОРМИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 15
- 2) 2
- 3) 5
- 4) 6-7

62. РАЗВИТИЕ ЭМАЛИ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛЕТОК

- 1)+ амелобластов
- 2) одонтобластов
- 3) цементобластов
- 4) остеобластов

63. КОРНИ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ ЗАКАНЧИВАЮТ ФОРМИРОВАНИЕ К (В ГОДАХ)

- 1)+ 2
- 2) 6
- 3) 4
- 4) 5

64. К КОНЦУ ПЕРВОГО ГОДА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДОЛЖНО ПРОРЕЗАТЬСЯ ЗУБОВ НЕ МЕНЕЕ

- 1)+ 8
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 6

65. ПЕРВЫЙ ПОСТОЯННЫЙ МОЛЯР ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ В (В ГОДАХ)

- 1)+ 5-6
- 2) 3-4
- 3) 8-9
- 4) 10-11

66. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЗАЧАТКОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ С _____ ЭМБРИОНАЛЬНОЙ ЖИЗНИ

- 1)+ 4-4,5 месяцев
- 2) 6-7 месяцев
- 3) 6-7 недель
- 4) 2-3 недель

67. ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПУЛЬПЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

- 1)+ строение коронковой мало отличается от корневой много клеточных элементов, мало волокон, нервные волокна в основном безмякотные
- 2) в коронковой и корневой пульпе много коллагеновых волокон, нервные волокна мякотные, слабая васкуляризация
- 3) пульпа временных и постоянных зубов у детей практически не отличается от строения пульпы зубов взрослого человека
- 4) в коронковой и корневой пульпе много эластических волокон, нервные волокна мякотные, слабая васкуляризация

68. МЕНЕЕ ВСЕГО ВЛИЯЕТ НА НАЛИЧИЕ ДИАСТЕМЫ В ПОСТОЯННОМ ПРИКУСЕ

- 1)+ раннее удаление временных резцов
- 2) генетический вариант строения
- 3) наличие сверхкомплектных зубов
- 4) аномалия прикрепления уздечки верхней губы

69. ПРОЦЕСС ОБРАЗОВАНИЯ ДЕНТИНА И ЭМАЛИ В МОЛЯРАХ НАЧИНАЕТСЯ В ОБЛАСТИ

- 1)+ бугров
- 2) экватора
- 3) пришеечной области
- 4) бифуркации

70. ВТОРЫЕ ВРЕМЕННЫЕ МОЛЯРЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ В (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 18-30
- 2) 10-12
- 3) 14-16
- 4) 30-40

71. ОБРАЗОВАНИЕ ДЕНТИНА ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛЕТОК

- 1)+ одонтобластов
- 2) амелобластов
- 3) цементобластов
- 4) ретикулоцитов

72. СОЕДИНИТЕЛЬНАЯ ТКАНЬ ПЕРИОДОНТА ОБРАЗУЕТСЯ ИЗ

- 1)+ зубного мешочка
- 2) зубного сосочка
- 3) эмалевого органа
- 4) зубной пластинки

73. КОРНИ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ФОРМИРУЮТСЯ К (В ГОДАХ)

- 1)+ 4
- 2) 2
- 3) 7
- 4) 6

74. У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ПОДВЕРГАЮТСЯ РЕТЕНЦИИ ЗУБЫ

- 1)+ 3.3, 4.3
- 2) 1.4, 2.4
- 3) 3.1, 4.1
- 4) 3.6, 4.6

75. В ПОЛОСТИ ДЕНТИННЫХ КАНАЛЬЦЕВ НАХОДЯТСЯ

- 1)+ цитоплазматические отростки одонтобластов
- 2) соединительнотканые волокна
- 3) цитоплазматические отростки цементобластов
- 4) сосуды и нервные окончания

76. ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ ВРЕМЕННОГО ЗУБА ДЛИТСЯ ОТ

- 1)+ конца формирования корня до начала его резорбции
- 2) прорезывания временного зуба до его смены на постоянный
- 3) момента прорезывания зуба до появления кариозной полости
- 4) конца формирования корня до появления кариозной полости

77. ПЕРИОД «ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ» ДЛЯ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ДЛИТСЯ ____ ГОДА

- 1)+ 2,5-3
- 2) 1-1,5
- 3) 1,5-2
- 4) 3,5-4

78. К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА МИНЕРАЛИЗОВАНА _____ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ

- 1)+ половина коронки
- 2) область рвущего бугра
- 3) почти вся коронка
- 4) пришеечная область

79. РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ НАЧИНАЕТСЯ С (В ГОДАХ)

- 1)+ 8
- 2) 5
- 3) 6
- 4) 7

80. ФОРМИРОВАНИЕ ПУЛЬПЫ ЗУБА ПРОИСХОДИТ ИЗ

- 1)+ мезодермы
- 2) эктодермы
- 3) эпителиальных клеток
- 4) клеток Лангерганса

81. ПРИ РАЗВИТИИ КОРОНКИ ВРЕМЕННОГО ЗУБА РАНЬШЕ ВСЕГО ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дентин
- 2) эмаль
- 3) цемент
- 4) периодонт

82. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ

- 1)+ в первые недели после рождения
- 2) во втором полугодии после рождения
- 3) на втором году жизни
- 4) на третьем году жизни

83. СПЕЦИФИЧЕСКОЙ СТРУКТУРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПУЛЬПЫ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие эластических волокон
- 2) наличие эластических волокон
- 3) наличие коллагеновых волокон
- 4) наличие межклеточного вещества

84. КОРНИ ПЕРВЫХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ФОРМИРУЮТСЯ К _____ ГОДАМ

- 1)+ 2,5-3,5
- 2) 1,5-2
- 3) 5-5,5
- 4) 6-6,5

85. ВНУТРЕННИЙ ЭМАЛЕВЫЙ ЭПИТЕЛИЙ ДИФФЕРЕНЦИРУЕТСЯ В

- 1)+ амелобласты
- 2) одонтобласты
- 3) цементобласты
- 4) фибробласты

86. ЗА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕНТИННОГО МОСТИКА ОТВЕЧАЮТ

- 1)+ одонтобласты
- 2) остеобласты
- 3) остеокласты
- 4) лимфоциты

87. ВТОРЫЕ ПРЕМОЛЯРЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ В (В ГОДАХ)

- 1)+ 10-12
- 2) 8-9
- 3) 13-14
- 4) 15-16

88. ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПРОИСХОДИТ ЗАКЛАДКА

- 1)+ премоляров, вторых и третьих моляров
- 2) постоянных резцов верхней и нижней челюсти
- 3) всех постоянных зубов и вторых временных моляров
- 4) всех временных зубов и первых постоянных моляров

89. К БЕЛКАМ ЭМАЛЕВОГО МАТРИКСА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ амелогенин
- 2) энамолизин
- 3) фактор роста фибробластов
- 4) фактор роста эндотелия

90. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 9-10
- 2) 6-7
- 3) 11-12
- 4) 13-14

91. ПРИЧИНА ЗАДЕРЖКИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ

- 1)+ рахит
- 2) ветряная оспа
- 3) корь
- 4) скарлатина

92. ВРЕМЕННЫЕ ЗУБЫ НАЧИНАЮТ ПРОРЕЗЫВАТЬСЯ У РЕБЕНКА В НОРМЕ В (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 6-7
- 2) 3-4
- 3) 8-10
- 4) 10-12

93. РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ ВТОРЫХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ

- 1)+ 7
- 2) 4
- 3) 9
- 4) 6

94. ОСНОВУ ФОРМИРУЮЩЕГОСЯ КОРНЯ ЗУБА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ дентин
- 2) эмаль
- 3) цемент
- 4) периодонт

95. КОРНИ ВТОРЫХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ФОРМИРУЮТСЯ К ____ ГОДАМ

- 1)+ 3-4
- 2) 5-6
- 3) 6-7
- 4) 1-2

96. ОБРАЗОВАНИЕ ЦЕМЕНТА ЗУБА ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛЕТОК

- 1)+ цементобластов
- 2) амелобластов
- 3) ретикулоцитов
- 4) одонтобластов

97. МАМЕЛОНЫ – ХАРАКТЕРНАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ЧЕРТА ____ У ДЕТЕЙ

- 1)+ постоянных резцов
- 2) временных резцов; в возрасте 1-3 лет
- 3) постоянных клыков
- 4) всех постоянных зубов

98. ВРЕМЕННЫЕ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ НАЧИНАЮТ ПРОРЕЗЫВАТЬСЯ У РЕБЕНКА В НОРМЕ В ____ МЕСЯЦЕВ

- 1)+ 6-8
- 2) 12-16
- 3) 8-10
- 4) 10-12

99. У ВТОРОГО ВРЕМЕННОГО НИЖНЕГО МОЛЯРА КОЛИЧЕСТВО БУГРОВ СОСТАВЛЯЕТ

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

100. К ФАКТОРАМ РИСКА ЗУБО-ЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТ

- 1)+ нарушение носового дыхания
- 2) патологию желудочно-кишечного тракта
- 3) патологию сердечно-сосудистой системы
- 4) кариес зубов

101. ЦЕМЕНТ, РАСПОЛАГАЮЩИЙСЯ В АПИКАЛЬНОЙ 1/3 КОРНЯ, СОДЕРЖИТ КЛЕТКИ

- 1)+ цементоциты
- 2) цементобласты
- 3) ретикулоциты
- 4) цементокласты

102. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ВТОРЫХ ПРЕМОЛЯРОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 13-14
- 2) 10-11
- 3) 8-9
- 4) 15-16

103. РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ ПЕРВЫХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ

- 1)+ 6
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 8

104. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕРХНИХ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 8-10
- 2) 11-12
- 3) 13-14
- 4) 6-7

105. КОРОНКИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ (КРОМЕ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ) ПОЛНОСТЬЮ МИНЕРАЛИЗУЮТСЯ К ____ ГОДАМ

- 1)+ 8
- 2) 6
- 3) 10
- 4) 12

106. ПРЕВРАЩЕНИЕ ПРЕАМЕЛОБЛАСТОВ В АМЕЛОБЛАСТЫ ИНИЦИИРУЕТСЯ

- 1)+ образованием дентина
- 2) образованием эмали
- 3) вращением зубного сосочка в эпителиальный тяж
- 4) образованием связки периодонта

107. ЗУБЫ СЧИТАЮТСЯ ПРОРЕЗАВШИМИСЯ, КОГДА

- 1)+ они контактируют с зубами противоположной челюсти
- 2) появляется один из бугров моляра
- 3) появляется вся жевательная поверхность моляров
- 4) появляются над десной выше области экватора коронки

108. ВРЕМЕННЫЕ ЛАТЕРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ НАЧИНАЮТ ПРОРЕЗЫВАТЬСЯ У РЕБЕНКА В НОРМЕ В ____ МЕСЯЦЕВ

- 1)+ 8-10
- 2) 6-8
- 3) 12-16
- 4) 10-12

109. К ФАКТОРАМ РИСКА ЗУБО-ЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ раннее удаление временных зубов
- 2) патологию желудочно-кишечного тракта
- 3) патологию сердечно-сосудистой системы
- 4) кариес зубов

110. В НОРМЕ ВСЕ ВРЕМЕННЫЕ ЗУБЫ ДОЛЖНЫ ПРОРЕЗАТЬСЯ В ПОЛОСТЬ РТА К (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 36
- 2) 24
- 3) 12
- 4) 48

111. ПРИ РОЖДЕНИИ РЕБЕНКА АКТИВНО МИНЕРАЛИЗУЮТСЯ

- 1)+ все временные зубы и первые постоянные моляры
- 2) постоянные резцы верхней и нижней челюсти
- 3) постоянные клыки и первые премоляры
- 4) постоянные вторые премоляры и вторые моляры

112. ВРЕМЕННЫЕ ВТОРЫЕ МОЛЯРЫ НАЧИНАЮТ ПРОРЕЗЫВАТЬСЯ У РЕБЕНКА В НОРМЕ В _____ МЕСЯЦЕВ

- 1)+ 20-30
- 2) 16-20
- 3) 8-10
- 4) 10-12

113. ВТОРЫЕ ПОСТОЯННЫЕ МОЛЯРЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ В (В ГОДАХ)

- 1)+ 11-14
- 2) 8-9
- 3) 15-16
- 4) 17-18

114. ВРЕМЕННЫЕ ПЕРВЫЕ МОЛЯРЫ НАЧИНАЮТ ПРОРЕЗЫВАТЬСЯ У РЕБЕНКА В НОРМЕ В _____ МЕСЯЦЕВ

- 1)+ 12-16
- 2) 16-20
- 3) 8-10
- 4) 10-12

115. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВТОРЫХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ С _____ МЕСЯЦА ВНУТРИУТРОБНОГО ПЕРИОДА РАЗВИТИЯ

- 1)+ 6
- 2) 5
- 3) 4
- 4) 2

116. К БЕЛКАМ ЭМАЛЕВОГО МАТРИКСА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ амелобластин
- 2) фактор роста эндотелия
- 3) фактор роста фибробластов
- 4) калликреин

117. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕМЫ ВО ВРЕМЕННОМ ПРИКУСЕ В НОРМЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ К _____ ГОДАМ

- 1)+ 5
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 8

118. ВРЕМЕННЫЕ КЛЫКИ НАЧИНАЮТ ПРОРЕЗЫВАТЬСЯ У РЕБЕНКА В НОРМЕ В _____ МЕСЯЦЕВ

- 1)+ 16-20
- 2) 12-16
- 3) 8-10
- 4) 10-12

119. ЭПИТЕЛИАЛЬНОЕ (ГЕРТВИГОВСКОЕ) КОРНЕВОЕ ВЛАГАЛИЩЕ ОБРАЗУЕТСЯ ИЗ

- 1)+ эмалевого органа
- 2) зубного сосочка
- 3) зубного мешочка
- 4) костной ткани челюсти

120. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 18-24
- 2) 10-12
- 3) 13-16
- 4) 30-36

121. ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕВОГО ДЕНТИНА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ ЧЕРЕЗ (В ГОДАХ)

- 1)+ 2-3
- 2) 1,5-2
- 3) 4-5
- 4) 6-7

122. РЕЗОРБИЦИЯ КОРНЯ ВРЕМЕННОГО ЗУБА НАЧИНАЕТСЯ В НОРМЕ С

- 1)+ области верхушки корня
- 2) пришеечной области
- 3) внутри корневого канала
- 4) с области фуркации

123. ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ ОСТАЕТСЯ БОЛЕЕ ШИРОКОЙ ПОСЛЕ ЗАКРЫТИЯ ВЕРХУШКИ КОРНЯ В ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ 1-2 лет
- 2) 3-6 месяцев
- 3) 4-5 лет
- 4) 6-8 недель

124. К БЕЛКАМ ЭМАЛЕВОГО МАТРИКСА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ энамелин
- 2) калликреин
- 3) фактор роста фибробластов
- 4) морфогенетический белок кости

125. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЯ БОКОВЫХ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 18-24
- 2) 10-12
- 3) 13-16
- 4) 30-36

126. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ НАЧИНАЕТСЯ С _____ МЕСЯЦЕВ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЕРИОДА РАЗВИТИЯ

- 1)+ 4-4,5
- 2) 2-3
- 3) 5-5,5
- 4) 6-7

127. В НОРМЕ ПРОРЕЗЫВАНИЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ

- 1)+ 2-3
- 2) 1-2
- 3) 3-5
- 4) 5-6

128. ЦЕМЕНТ КОРНЯ ЗУБА ОБРАЗУЕТСЯ ИЗ

- 1)+ эмалевого органа
- 2) зубного сосочка
- 3) зубного мешочка
- 4) костной ткани челюсти

129. ПРОРЕЗЫВАНИЕ ЗУБА НАЧИНАЕТСЯ, КОГДА КОРЕНЬ СФОРМИРОВАН

- 1)+ на 1/4-1/2
- 2) на 1/2-3/4
- 3) более чем на 2/3
- 4) менее чем на 1/4

130. РЕЗОРБИЦИЯ КОРНЕЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ НАЧИНАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ

- 1)+ 4
- 2) 3
- 3) 6
- 4) 7

131. КОРНИ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ФОРМИРУЮТСЯ К _____ ГОДАМ

- 1)+ 4-5
- 2) 2-3
- 3) 6-7
- 4) 1-2

132. ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕВОГО ДЕНТИНА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ ЧЕРЕЗ (В ГОДАХ)

- 1)+ 1,5-2
- 2) 2-3
- 3) 4-5
- 4) 6-7

133. У ПЕРВОГО ВРЕМЕННОГО НИЖНЕГО МОЛЯРА КОЛИЧЕСТВО БУГРОВ СОСТАВЛЯЕТ

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

134. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВТОРЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ С ВОЗРАСТА

- 1)+ 2,5 лет
- 2) 1,5 лет
- 3) с 4 месяцев
- 4) с 10 месяцев

135. НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ СОДЕРЖИТСЯ В ЭМАЛИ

- 1)+ в поверхностном слое
- 2) у дентино-эмалевого соединения
- 3) во внутренней трети эмали
- 4) в подповерхностном слое

136. СВЯЗОЧНЫЙ АППАРАТ ЗУБА ПРЕДСТАВЛЕН ТКАНЬЮ

- 1)+ соединительной
- 2) мышечной
- 3) нервной
- 4) грануляционной

137. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ТРЕТЬИХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К _____ ГОДАМ

- 1)+ 18-25
- 2) 9-10
- 3) 14-16
- 4) 12-13

138. ПЕРВЫЕ ПОСТОЯННЫЕ ПРЕМОЛЯРЫ НАЧИНАЮТ ПРОРЕЗЫВАТЬСЯ У РЕБЕНКА В НОРМЕ В _____ ЛЕТ

- 1)+ 10-11
- 2) 6-7
- 3) 7-9
- 4) 12-13

139. ВТОРЫЕ ПОСТОЯННЫЕ МОЛЯРЫ НАЧИНАЮТ ПРОРЕЗЫВАТЬСЯ У РЕБЕНКА В НОРМЕ В _____ ЛЕТ

- 1)+ 12-13
- 2) 10-11
- 3) 6-7
- 4) 7-9

140. САМЫЙ ТОЛСТЫЙ СЛОЙ ЭМАЛИ В КОРОНКЕ ЗУБА РАСПОЛОЖЕН В ОБЛАСТИ

- 1)+ бугров моляров
- 2) пришеечной
- 3) фиссур зуба
- 4) экватора коронки

141. ПЕРВЫМИ ИЗ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ПРОРЕЗАЮТСЯ У РЕБЕНКА

- 1)+ первые моляры
- 2) первые премоляры
- 3) центральные резцы
- 4) латеральные резцы

142. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ВТОРЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К _____ ГОДАМ

- 1)+ 14-16
- 2) 9-10
- 3) 5-6
- 4) 12-13

143. РАЗВИТИЕ КОРНЕЙ ЗУБА 8.5 В 7 ЛЕТ СООТВЕТСТВУЕТ СТАДИИ _____ КОРНЯ

- 1)+ сформированного
- 2) несформированного
- 3) физиологической резорбции
- 4) незакрытой верхушки

144. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ЛАТЕРАЛЬНЫХ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К ____ ГОДАМ

- 1)+ 11
- 2) 9
- 3) 13
- 4) 15

145. ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ПЕРИОДОНТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ

- 1)+ связочного аппарата
- 2) нервных волокон
- 3) кровеносных сосудов
- 4) лимфатических сосудов

146. МЕЗЕНХИМА ЗУБНОГО СОСОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОЙ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ

- 1)+ дентина, пульпы
- 2) цемента
- 3) периодонта
- 4) альвеолярной костной ткани

147. ЦЕНТРАЛЬНЫЕ ПОСТОЯННЫЕ РЕЗЦЫ НАЧИНАЮТ ПРОРЕЗЫВАТЬСЯ У РЕБЕНКА В НОРМЕ В ____ ЛЕТ

- 1)+ 6-8
- 2) 4-5
- 3) 10-12
- 4) 12-13

148. МЕЗЕНХИМА ЗУБНОГО МЕШОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОЙ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ

- 1)+ цемента, периодонта
- 2) дентина
- 3) насмитовой оболочки
- 4) пульпы зуба

149. САМЫЙ ТОНКИЙ СЛОЙ ЭМАЛИ В КОРОНКЕ ЗУБА РАСПОЛОЖЕН В ОБЛАСТИ

- 1)+ пришеечной
- 2) бугров моляров
- 3) фиссур зуба
- 4) экватора коронки

150. ЛАТЕРАЛЬНЫЕ ПОСТОЯННЫЕ РЕЗЦЫ НАЧИНАЮТ ПРОРЕЗЫВАТЬСЯ У РЕБЕНКА В НОРМЕ В ____ ЛЕТ

- 1)+ 7-9
- 2) 6-7
- 3) 10-12
- 4) 12-13

151. ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ СОЗРЕВАНИЕ ЭМАЛИ В ПРИШЕЕЧНОЙ ОБЛАСТИ КОРОНКИ ЗУБА ПРОИСХОДИТ

- 1)+ после прорезывания зуба
- 2) в период закладки зубных зачатков
- 3) в период дифференцировки зубных зачатков
- 4) во время гистогенеза эмали

152. ПОСЛЕДНИМИ ИЗ ВСЕХ ГРУПП ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ПРОРЕЗАЮТСЯ У РЕБЕНКА

- 1)+ вторые моляры
- 2) центральные резцы
- 3) латеральные резцы
- 4) первые моляры

153. ПОСТОЯННЫЕ КЛЫКИ НАЧИНАЮТ ПРОРЕЗЫВАТЬСЯ У РЕБЕНКА В НОРМЕ В ____ ЛЕТ

- 1)+ 11-12
- 2) 6-7
- 3) 7-9
- 4) 13-14

154. ЗАКЛАДКА ЗУБНОЙ ПЛАСТИНКИ ПРОИСХОДИТ В ПЕРИОД ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА НА _____ НЕДЕЛЕ

- 1)+ 6-7
- 2) 8-9
- 3) 10-16
- 4) 21-30

155. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОСТРОВКИ МАЛЫСОВ ЯВЛЯЮТСЯ ОСТАТКАМИ

- 1)+ корневого влагалища корня
- 2) зубного сосочка
- 3) зубного мешочка
- 4) внутренних клеток эмалевого органа

156. КОРНИ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ И ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЮТ СВОЕ ФОРМИРОВАНИЕ К ____ ГОДАМ

- 1)+ 10
- 2) 12
- 3) 13
- 4) 15

157. ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ СОЗРЕВАНИЕ ЭМАЛИ В ОБЛАСТИ ФИССУР МОЛЯРОВ И ПРЕМОЛЯРОВ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА

- 1)+ 2-3 года
- 2) 3-6 месяцев
- 3) 1-2 месяца
- 4) 5-7 лет

158. У ВЕРХНИХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ В НОРМЕ КОЛИЧЕСТВО КОРНЕЙ

- 1)+ 3
- 2) 2
- 3) 1
- 4) 4

159. ВРЕМЕННЫЕ ЗУБЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ _____ ПУЛЬПОВОЙ КАМЕРОЙ, _____ КАНАЛАМИ

- 1)+ большой, широкими
- 2) маленькой, широкими
- 3) несформированной, несформированными
- 4) маленькой, узкими

160. У РЕБЕНКА В НОРМЕ К 12 МЕСЯЦАМ ДОЛЖНО ПРОРЕЗАТЬСЯ

- 1)+ 8 зубов
- 2) 6 зубов
- 3) 4 зуба
- 4) 2 зуба

161. К ПОСТОЯННЫМ ЗУБАМ ОДНОГО ПЕРИОДА МИНЕРАЛИЗАЦИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ резцы, клыки, первые моляры
- 2) клыки, премоляры, первые моляры
- 3) резцы, премоляры, вторые моляры
- 4) первые, вторые, третьи моляры

162. КОРНИ ВТОРЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЮТ СВОЕ ФОРМИРОВАНИЕ К _____ ГОДАМ

- 1)+ 15
- 2) 13
- 3) 12
- 4) 10

163. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ ПРЕМОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К _____ ГОДАМ

- 1)+ 12-13
- 2) 9-10
- 3) 5-6
- 4) 15-16

164. ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В НОРМЕ

- 1)+ 6-1-2-4-3-5-7
- 2) 7-6-1-3-2-4-5
- 3) 6-1-2-3-4-5-7
- 4) 1-2-4-5-3-6-7

165. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ВТОРЫХ ПОСТОЯННЫХ ПРЕМОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К _____ ГОДАМ

- 1)+ 12-14
- 2) 9-10
- 3) 5-6
- 4) 15-16

166. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ

- 1)+ во 2-ой половине внутриутробного развития
- 2) в 1-ой половине внутриутробного развития
- 3) во 2-м полугодии после рождения
- 4) в 1-м полугодии после рождения

167. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ НАЧИНАЕТСЯ

- 1)+ во втором полугодии после рождения
- 2) на 17 неделе внутриутробного развития
- 3) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения
- 4) в 2,5–3,5 года

168. К ЭНДОГЕННЫМ ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ токсикозы 1-го триместра беременности
- 2) вредные привычки ребенка
- 3) родовая травма
- 4) искусственное вскармливание

169. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОСТРОВКИ МАЛЫССЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

- 1)+ пришеечной области периодонта корня
- 2) средней трети периодонта корня
- 3) периапикальной костной ткани
- 4) дентине корня

170. ПЕРВЫЕ ПОСТОЯННЫЕ МОЛЯРЫ НАЧИНАЮТ ПРОРЕЗЫВАТЬСЯ У РЕБЕНКА В НОРМЕ В ____ ЛЕТ

- 1)+ 6-7
- 2) 7-9
- 3) 10-12
- 4) 12-13

171. ТРЕТЬИ ПОСТОЯННЫЕ МОЛЯРЫ НАЧИНАЮТ ПРОРЕЗЫВАТЬСЯ В НОРМЕ В ____ ЛЕТ

- 1)+ 17-21
- 2) 10-11
- 3) 7-9
- 4) 12-13

172. У НИЖНИХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ В НОРМЕ КОЛИЧЕСТВО КОРНЕЙ

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 4

173. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К ____ ГОДАМ

- 1)+ 9-10
- 2) 5-6
- 3) 12-13
- 4) 15-16

174. ЭПИТЕЛИЙ ЗУБНОГО ЗАЧАТКА ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОЙ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ

- 1)+ эмали, насмитовой оболочки
- 2) дентина, пульпы
- 3) цемента
- 4) альвеолярной костной ткани

175. В НОРМЕ СМЕНА ЗУБОВ 5.1, 6.1 ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 6-8
- 2) 11-12
- 3) 12-13
- 4) 3-4

176. ПО СРАВНЕНИЮ С ПОСТОЯННЫМИ ЗУБАМИ ДЛЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРНЫ КОРНЕВЫЕ КАНАЛЫ И АПИКАЛЬНОЕ ОТВЕРСТИЕ

- 1)+ более широкие
- 2) более узкие
- 3) идентичные
- 4) облитерированные

177. ПЕРИОДОНТ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ, ПО СРАВНЕНИЮ С ПЕРИОДОНТОМ ПОСТОЯННЫХ, СОДЕРЖИТ БОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО

- 1)+ кровеносных сосудов
- 2) эпителиальных клеток
- 3) мышечных волокон
- 4) эмалевых призм

178. ЗАКЛАДКА ЗУБНОЙ ПЛАСТИНКИ ПРОИСХОДИТ В ПЕРИОД ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА НА _____ НЕДЕЛЕ

- 1)+ 6-7
- 2) 8-9
- 3) 10-16
- 4) 17-20

179. ПЕРВЫМИ ИЗ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ПРОРЕЗАЮТСЯ У РЕБЕНКА

- 1)+ нижние центральные резцы
- 2) верхние латеральные резцы
- 3) первые нижние моляры
- 4) вторые верхние моляры

180. ВТОРЫЕ ПОСТОЯННЫЕ ПРЕМОЛЯРЫ НАЧИНАЮТ ПРОРЕЗЫВАТЬСЯ У РЕБЕНКА В НОРМЕ В _____ ЛЕТ

- 1)+ 10-12
- 2) 6-7
- 3) 7-9
- 4) 12-13

181. НАИМЕНЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ СОДЕРЖИТСЯ В ЭМАЛИ

- 1)+ в подповерхностном слое
- 2) у дентино-эмалевого соединения
- 3) в поверхностном слое
- 4) в средней трети

182. ИСТОЧНИКОМ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ВЫСТИЛКИ КИСТЫ ЯВЛЯЮТСЯ КЛЕТКИ

- 1)+ эпителиальных островов Маляссе
- 2) зубного мешочка
- 3) эпителия слизистой оболочки десны
- 4) вторичного цемента корня

183. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К _____ ГОДАМ

- 1)+ 9-10
- 2) 5-6
- 3) 12-13
- 4) 15-16

184. СОСАНИЕ СОСКИ ПОСЛЕ 1 ГОДА ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ _____ ОККЛЮЗИИ

- 1)+ дистальной
- 2) глубокой
- 3) перекрестной
- 4) мезиальной

185. НЕДОСТАТОК МЕСТА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К АНОМАЛИИ _____ ЗУБА

- 1)+ положения
- 2) размера
- 3) формы
- 4) структуры

186. РОТОВОЕ ДЫХАНИЕ ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ НА

- 1)+ положение языка
- 2) размеры зубов
- 3) положение уздечки верхней губы
- 4) форму зубов

187. УМЕНЬШЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЫСОТЫ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ И РЕТРУЗИЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+ зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов
- 2) зубоальвеолярным удлинением в области боковых зубов
- 3) зубоальвеолярным укорочением в области передних зубов
- 4) протрузией резцов

188. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ ПРОИСХОДИТ ОСОБЕННО ИНТЕНСИВНО В ТЕЧЕНИЕ ДО

- 1)+ 1,5 лет
- 2) 6 месяцев
- 3) 1 года
- 4) 1 месяца

189. ЗУБНЫЕ РЯДЫ В ОККЛЮЗИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ИМЕЮТ ФОРМУ

- 1)+ полукруга
- 2) полуэллипса
- 3) параболы
- 4) трапеции

190. ПРИЧИНОЙ СКУЧЕННОСТИ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сужение и укорочение зубного ряда
- 2) макроглоссия
- 3) микроденития
- 4) макрогнатия

191. К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ РЕБЕНКА ЗАНИМАЕТ _____ ПОЛОЖЕНИЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ВЕРХНЕЙ

- 1)+ дистальное
- 2) нейтральное
- 3) мезиальное
- 4) латеральное

192. ЗАТРУДНЕННОЕ НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- 1)+ сужения верхнего зубного ряда
- 2) адентии
- 3) ретенции зубов
- 4) лингвоокклюзии

193. АДЕНТИЯ ЗУБА ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ

- 1)+ количества
- 2) формы
- 3) размера
- 4) структуры твердых тканей

194. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ

- 1)+ в первые недели после рождения
- 2) во втором полугодии после рождения
- 3) на втором году жизни
- 4) в четыре-пять лет

195. НАЛИЧИЕ СВЕРХКОМПЛЕКТНЫХ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИИ

- 1)+ количества
- 2) размера
- 3) формы
- 4) положения

196. КОРНИ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ФОРМИРУЮТСЯ К _____ ГОДАМ

- 1)+ 4
- 2) 7
- 3) 5
- 4) 6

197. К АНОМАЛИЯМ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ микроденития
- 2) микрогнатия
- 3) макроглоссия
- 4) глоссоптоз

198. РАННЯЯ ПОТЕРЯ ЗУБА 5.3 ПРИВОДИТ К

- 1)+ мезиальному смещению боковых зубов
- 2) травме зачатка постоянного зуба 2.3
- 3) травме зачатка постоянного зуба 1.3
- 4) деминерализации одноименного зачатка

199. ПРИВЫЧКА СПАТЬ НА СПИНЕ С ЗАПРОКИНУТОЙ ГОЛОВОЙ ПРИВОДИТ К

- 1)+ задержке роста нижней челюсти
- 2) выдвижению нижней челюсти
- 3) нарушению прорезывания зубов
- 4) нарушению положения зубов

200. КОРНИ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ И ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЮТ СВОЕ ФОРМИРОВАНИЕ К _____ ГОДАМ

- 1)+ 10
- 2) 11
- 3) 12
- 4) 13

201. ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К

- 1)+ нарушению формы верхнего и нижнего зубного ряда в переднем отделе
- 2) нарушению формы нижнего зубного ряда в трансверсальном направлении
- 3) нарушению формы верхнего зубного ряда в боковом
- 4) укорочению верхнего зубного ряда

202. ТОЛЩИНА ДЕНТИНА ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА С УВЕЛИЧЕНИЕМ ВОЗРАСТА РЕБЕНКА

- 1)+ увеличивается в результате функционирования одонтобластов
- 2) увеличивается в результате функционирования энамелобластов
- 3) не изменяется, т.к. одонтобласты после формирования коронки отсутствуют
- 4) увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии

203. ВЕРТИКАЛЬНАЯ РЕЗЦОВАЯ ДИЗОККЛЮЗИЯ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1)+ зубоальвеолярного удлинения боковой группы зубов и укорочения передней группы
- 2) тортоаномалии зубов
- 3) нарушения развития твердых тканей
- 4) наличия сверхкомплектных зубов

204. К ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ФОРМИРОВАНИЯ (ВОЗНИКНОВЕНИЯ) ТРЕМ ОТНОСЯТ

- 1)+ микродениту
- 2) широкую уздечку языка
- 3) сужение зубных рядов
- 4) нарушения окклюзии

205. КОРНИ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ФОРМИРУЮТСЯ К _____ ГОДАМ

- 1)+ 5
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 7

206. УДЛИНЕННОЕ ЛИЦО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1)+ чрезмерного вертикального роста челюстей
- 2) чрезмерного горизонтального роста челюстей
- 3) нейтрального роста
- 4) недоразвития верхней челюсти

207. НЕПРАВИЛЬНОЕ МЕЗИО-ДИСТАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+ ранней потерей второго временного моляра
- 2) патологической стираемостью
- 3) снижением окклюзионной высоты
- 4) физиологической стираемостью

208. УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА ЗУБОВ ПО СРАВНЕНИЮ С НОРМОЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ гиперодонтией
- 2) гиподонтией
- 3) макродонтией
- 4) микродонтией

209. КАЖДЫЙ ЗУБ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АНТАГОНИРУЕТ В НОРМЕ С

- 1)+ одноименным и позадистоящим зубами н/ч
- 2) одноименным и впередистоящим зубами н/ч
- 3) только одноименным зубом
- 4) только позадистоящим

210. ПРИЧИНОЙ БИАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПРОТРУЗИИ МОЖЕТ ПОСЛУЖИТЬ

- 1)+ макроглоссия
- 2) микроглоссия
- 3) микроденития
- 4) гипертонус круговой мышцы рта

211. К АНОМАЛИЯМ СРОКОВ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ ретенция
- 2) тортоаномалия
- 3) сверхкомплектный зуб
- 4) микроденция

212. ОТСУТСТВИЕ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ

- 1)+ количества
- 2) размера зубных рядов
- 3) положения
- 4) смыкания зубных рядов

213. ПРИВЫЧКА РЕБЁНКА СПАТЬ С ЗАПРОКИНУТОЙ ГОЛОВОЙ СПОСОБСТВУЕТ ФОРМИРОВАНИЮ

- 1)+ дистальной окклюзии
- 2) перекрестной окклюзии
- 3) мезиальной окклюзии
- 4) вертикальной резцовой дизокклюзии

214. КОРНИ ПОСТОЯННЫХ ВТОРЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЮТ СВОЕ ФОРМИРОВАНИЕ К _____ ГОДАМ

- 1)+ 15
- 2) 10
- 3) 13
- 4) 12

215. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К _____ ГОДАМ

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

216. К КОНЦУ ПЕРВОГО ГОДА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДОЛЖНО ПРОРЕЗАТЬСЯ НЕ МЕНЕЕ _____ ЗУБОВ

- 1)+ 8
- 2) 4
- 3) 6
- 4) 10

217. ПОЛОЖЕНИЕ ЯЗЫКА МЕЖДУ ПЕРЕДНИМИ ЗУБАМИ ПРОВОДИТ К

- 1)+ вертикальной резцовой дизокклюзии
- 2) мезиальной окклюзии
- 3) глубокой резцовой окклюзии
- 4) дистальной окклюзии

218. ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ МОЖЕТ ИЗМЕНЯТЬСЯ

- 1)+ нижняя морфологическая высота лица
- 2) ширина лица
- 3) средняя морфологическая высота лица
- 4) глубина лица

219. ЛАТЕРАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ПРИВОДИТ К

- 1)+ диастеме
- 2) тремам
- 3) тортоаномалии
- 4) транспозиции

220. В НОРМЕ НИЖНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ ИМЕЮТ

- 1)+ по 1 антагонисту
- 2) по 2 антагониста
- 3) контакт с клыками верхней челюсти
- 4) контакт с боковыми резцами верхней челюсти

221. ПРИ РОТОВОМ ДЫХАНИИ ФОРМИРУЕТСЯ

- 1)+ «готическое» нёбо
- 2) симптом «наперстка»
- 3) сагиттальная щель
- 4) диастема

222. ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА СОСТОИТ ИЗ ОТДЕЛОВ

- 1)+ 2
- 2) 3
- 3) 1
- 4) 4

223. ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА СОСТОИТ ИЗ _____ ОТДЕЛОВ

- 1)+ переднего и заднего
- 2) заднего
- 3) переднего
- 4) мозгового и лицевого

224. ПРИЧИНА МИКРОДЕНТИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

- 1)+ генетически детерминированный фактор
- 2) низкое прикрепление уздечки верхней губы
- 3) свехкомплектный зуб
- 4) нарушение функции глотания

225. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВТОРЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ

- 1)+ в 2,5–3,5 года
- 2) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения
- 3) во втором полугодии после рождения
- 4) в 4–5 лет

226. ПРИЧИНОЙ МЕЗИАЛЬНОГО НАКЛОНА ЗУБА 1.6 МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ преждевременное удаление 5.5
- 2) макродензия нижних зубов
- 3) свехкомплектный зуб в области 4.5
- 4) давление зачатка 4.7

227. ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К СМЕНЕ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ПРОХОДИТ В ВОЗРАСТЕ ОТ ____ ДО (В ГОДАХ)

- 1)+ 4; 6
- 2) 3; 4
- 3) 5; 8
- 4) 3; 9

228. СУЖЕНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ПРОВОДИТ К

- 1)+ скученному положению резцов
- 2) персистенции
- 3) гиперодонтии
- 4) гиподонтии

229. ВО ВРЕМЕННОЙ ОККЛЮЗИИ ФОРМА ЗУБНЫХ РЯДОВ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ полукругу
- 2) полуэллипсу
- 3) параболе
- 4) трапеции

230. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ФОРМИРОВАНИЯ (ВОЗНИКНОВЕНИЯ) ДИАСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ адентия боковых резцов
- 2) неправильное вскармливание
- 3) рахит
- 4) сужение зубных рядов

231. ПРИ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКЕ СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ФОРМИРУЕТСЯ

- 1)+ протрузия передней группы зубов верхней челюсти
- 2) дизокклюзия в боковых отделах
- 3) носовое дыхание
- 4) чрезмерное развитие нижней челюсти

232. ПОВОРОТ ЗУБА ВОКРУГ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ОСИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ ротация
- 2) торк
- 3) ангуляция
- 4) инклинация

233. МОРФОЛОГИЧЕСКИ ЧЕРЕП РАЗДЕЛЯЕТСЯ НА _____ ОТДЕЛЫ

- 1)+ мозговой и лицевой
- 2) челюстной и лобный
- 3) верхний и нижний
- 4) затылочный, лобный, челюстной

234. ФОРМИРОВАНИЕ В ОБЛАСТИ БУГРОВ И РЕЖУЩИХ КРАЁВ ЗУБА ДЕФЕКТА, НАПОМИНАЮЩЕГО ЧАШУ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ патологической стираемости зубов
- 2) системной гипоплазии
- 3) кислотного некроза
- 4) кариеса дентина

235. В ВЕРХНИХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРАХ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ____ КАНАЛА

- 1)+ 3,4
- 2) 2,3
- 3) 1,2
- 4) 4,5

236. ПУЛЬПА ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ

- 1)+ мезенхимы зубного сосочка
- 2) мезенхимы зубного мешочка
- 3) эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
- 4) эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

237. ФОРМА ВЕРХНЕЙ ЗУБНОЙ ДУГИ В ПОСТОЯННОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ полуэллипсу
- 2) полукругу
- 3) параболе
- 4) трапеции

238. В ВЕРХНИХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРАХ КОЛИЧЕСТВО КОРНЕЙ РАВНО

- 1)+ 3
- 2) 2
- 3) 1
- 4) 4

239. МАМЕЛОНАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ эмалево-дентинные валики
- 2) эмалевые валики
- 3) дентинные валики
- 4) сколы эмали

240. ЗАЩИТНЫЕ СВОЙСТВА ПУЛЬПЫ ОБЕСПЕЧИВАЮТ

- 1)+ одонтобласты
- 2) нервные элементы
- 3) коллагеновые волокна
- 4) кровеносные сосуды

241. В НИЖНИХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРАХ КОЛИЧЕСТВО КОРНЕЙ РАВНО

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 4

242. ВЕДУЩИМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРОМ В ФОРМИРОВАНИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ В АНТЕНАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ РЕБЕНКА СЧИТАЮТ

- 1)+ наследственность
- 2) заболевания матери
- 3) неправильное положение плода
- 4) травму психическую и механическую матери

243. ОДНИМ ИЗ РАННИХ ПРИЗНАКОВ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА ВО ФРОНТАЛЬНОМ УЧАСТКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеличение степени фронтального перекрытия
- 2) зубоальвеолярное удлинение фронтального участка нижней челюсти
- 3) зубоальвеолярное укорочение боковых участков челюстей
- 4) изменение окклюзионной кривой

244. ПЕРВЫЕ ПОСТОЯННЫЕ МОЛЯРЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА (В ГОДАХ)

- 1)+ 5-7
- 2) 7-9
- 3) 7-11
- 4) 8-10

245. СИМПТОМОМ АДЕНТИИ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ эктодермальная дисплазия
- 2) расщелина верхней губы и альвеолярного отростка
- 3) расщелина неба
- 4) наличие врожденных кист шеи

246. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ МОЛОЧНЫХ РЕЗЦОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1)+ 18-24 месяцев
- 2) 12-15 месяцев
- 3) 10-12 месяцев
- 4) после 3 лет

247. ФОРМА НИЖНЕЙ ЗУБНОЙ ДУГИ В ПОСТОЯННОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ параболе
- 2) полукругу
- 3) полуэллипсу
- 4) трапеции

248. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ПОСТОЯННЫХ КЛЫКОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА (В ГОДАХ)

- 1)+ 12-14
- 2) 10-12
- 3) 9-10
- 4) 13-15

249. ВРЕМЕННЫЕ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1)+ 6-8 месяцев
- 2) 20-30 месяцев
- 3) 5-6 лет
- 4) 12-16 месяцев

250. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ

- 1)+ в первые недели после рождения
- 2) на 3-4-м месяце жизни ребенка
- 3) на 5-м месяце внутриутробной жизни
- 4) в возрасте ребенка 1-5 года

251. ЦЕМЕНТ КОРНЯ ЗУБА ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ

- 1)+ эпителиального влагалища
- 2) передней половины эпителиальной пластинки
- 3) мезенхимы зубного сосочка
- 4) мезенхимы зубного мешочка

252. ПЕРВЫЕ МОЛОЧНЫЕ МОЛЯРЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ НА _____ МЕСЯЦЕ ЖИЗНИ РЕБЕНКА

- 1)+ 12-16
- 2) 17-20
- 3) 10-15
- 4) 9-12

253. К СРОКАМ МАКСИМАЛЬНОГО РАССАСЫВАНИЯ КОРНЕЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ МОЛОЧНЫХ РЕЗЦОВ ОТНОСЯТ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА (В ГОДАХ)

- 1)+ 5,5-6,5
- 2) 5-5,5
- 3) 4-5
- 4) 3-5

254. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ОТКРЫТОГО ПРИКУСА ОТНОСЯТ

- 1)+ наличие вертикальной щели между зубами
- 2) зубоальвеолярное удлинение фронтального участка верхней челюсти
- 3) зубоальвеолярное укорочение фронтального участка верхней челюсти
- 4) перекрытие нижних зубов верхними менее, чем на 1/3

255. ЗАКЛАДКА ЗАЧАТКОВ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ ПРОИСХОДИТ НА _____ НЕДЕЛЕ

- 1)+ 30-36; внутриутробного развития
- 2) 12-16; внутриутробного развития
- 3) 1-6; жизни
- 4) 1-6; внутриутробного развития

256. НАСМИТОВА ОБОЛОЧКА ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ

- 1)+ эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
- 2) эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
- 3) мезенхимы зубного сосочка
- 4) мезенхимы зубного мешочка

257. НАРУШЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИВОДИТ К

- 1)+ сужению верхнего зубного ряда
- 2) расширению нижнего зубного ряда
- 3) сужению нижнего зубного ряда, уплощению верхнего зубного ряда во фронтальном отделе
- 4) смещению жевательной группы зубов

258. БОКОВЫЕ МОЛОЧНЫЕ РЕЗЦЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ НА _____ МЕСЯЦЕ ЖИЗНИ РЕБЕНКА

- 1)+ 7-8
- 2) 6-12
- 3) 2-5
- 4) 12-17

259. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ВТОРЫХ ПРЕМОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА (В ГОДАХ)

- 1)+ 12-13
- 2) 10-11
- 3) 11-12
- 4) 9-10

260. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ВТОРЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА (В ГОДАХ)

- 1)+ 15
- 2) 10
- 3) 13
- 4) 14

261. СРОКИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПЕРВОГО ПОСТОЯННОГО МОЛЯРА (В ГОДАХ)

- 1)+ 5-6
- 2) 3-4
- 3) 8-9
- 4) после 9

262. МЛАДЕНЧЕСКАЯ РЕТРОГЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ дистальное положение нижней челюсти во время рождения и в первые месяцы жизни
- 2) дистальное положение нижней челюсти от 6 месяцев до 1 года
- 3) несмыкание зубных валиков по вертикали
- 4) дистальное положение верхней челюсти при рождении и в первые месяцы жизни

263. ДЕНТИН ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ

- 1)+ мезенхимы зубного сосочка
- 2) мезенхимы зубного мешочка
- 3) эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
- 4) эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

264. К СРОКАМ МАКСИМАЛЬНОГО РАССАСЫВАНИЯ КОРНЕЙ ВТОРЫХ МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ ОТНОСЯТ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА (В ГОДАХ)

- 1)+ 10-11
- 2) 8-8,5
- 3) 9-9,5
- 4) 9-10

265. К КОНЦУ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ У РЕБЕНКА ДОЛЖНО ПРОРЕЗАТЬСЯ

- 1)+ 8 зубов
- 2) 4 зуба
- 3) 6 зубов
- 4) 10 зубов

266. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ

- 1)+ 9-10
- 2) 7-8
- 3) 6-7
- 4) 11-12

267. ЭМАЛЬ ЗУБА ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ

- 1)+ эпителиальных клеток, образующих внутренний слой эмалевого органа
- 2) мезенхимы зубного сосочка
- 3) мезенхимы зубного мешочка
- 4) эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

268. ЦЕНТРАЛЬНЫЕ МОЛОЧНЫЕ РЕЗЦЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ НА _____ МЕСЯЦЕ ЖИЗНИ РЕБЕНКА

- 1)+ 6-8
- 2) 5-6
- 3) 4-5
- 4) 9-10

269. СРАСТАНИЕ КОСТЕЙ НЁБА ПРОИСХОДИТ

- 1)+ в первом триместре беременности
- 2) на первом году жизни
- 3) во втором триместре беременности
- 4) в третьем триместре беременности

270. ПЕРВЫЙ ПОСТОЯННЫЙ МОЛЯР ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1)+ 5-6 лет
- 2) 8-9 лет
- 3) 20-30 месяцев
- 4) 11-12 лет

271. БОКОВЫЕ ПОСТОЯННЫЕ РЕЗЦЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА (В ГОДАХ)

- 1)+ 6-8
- 2) 5-7
- 3) 5-6
- 4) 8

272. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕРХНИХ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ

- 1)+ 8-10
- 2) 7-8
- 3) 6-7
- 4) 11-12

273. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЯ БОКОВЫХ МОЛОЧНЫХ РЕЗЦОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1)+ 18-24 месяцев
- 2) 12-15 месяцев
- 3) 10-12 месяцев
- 4) после 3 лет

274. ВТОРЫЕ МОЛОЧНЫЕ МОЛЯРЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ НА _____ МЕСЯЦЕ ЖИЗНИ РЕБЕНКА

- 1)+ 20-30
- 2) 18-20
- 3) 12-18
- 4) 10-12

275. ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ задержка роста нижней челюсти в сагиттальной плоскости
- 2) макроглоссия и ротовое дыхание
- 3) сужение нижней челюсти
- 4) увеличение нижней челюсти в сагиттальной плоскости

276. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ВТОРЫХ МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА (В ГОДАХ)

- 1)+ 4
- 2) 5
- 3) 6
- 4) 3

277. СМЕНА ЗУБОВ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД С _____ ЛЕТ

- 1)+ 6 до 12
- 2) 3 до 6
- 3) 4 до 10
- 4) 9 до 14

278. МОЛОЧНЫЕ КЛЫКИ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ НА _____ МЕСЯЦЕ ЖИЗНИ РЕБЕНКА

- 1)+ 16-20
- 2) 12-15
- 3) 10-12
- 4) 8-10

279. УКАЖИТЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ "ЗУБОСОДЕРЖАЩАЯ КИСТА" ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПРОЕКЦИИ 8.5, 8.4 ЗУБОВ

- 1)+ данные рентгенограммы нижней челюсти в боковой проекции
- 2) наличие деформации и "крипитация" костной ткани в проекции этих зубов
- 3) гноетечение из свищевого хода в проекции 8.5 зуба
- 4) выбухание вестибулярной стороны нижней челюсти

280. ДЛЯ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНЫ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ТЕМ, ЧТО

- 1)+ губчатое вещество преобладает над компактным, слабо минерализовано, богато васкуляризовано
- 2) компактный слой преобладает над губчатым, хорошо минерализован, слабо васкуляризован
- 3) компактный слой преобладает над губчатым, слабо васкуляризован и минерализован
- 4) преобладает губчатое вещество, хорошо минерализовано

281. СРОКИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ВТОРЫХ МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 18-30
- 2) 14-16
- 3) 10-12
- 4) 6-8

282. ЗАКЛАДКА ЗУБНОЙ ПЛАСТИНКИ ПРОИСХОДИТ В ПЕРИОД ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА НА НЕДЕЛЕ

- 1)+ 6-7
- 2) 8-9
- 3) 10-16
- 4) 21-30

283. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ СУЖЕНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тесное положение зубов
- 2) уменьшение ширины зубного ряда
- 3) увеличение фронтального участка
- 4) уплощение фронтального участка

284. К КОНЦУ ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ У РЕБЕНКА ДОЛЖНЫ ПРОРЕЗАТЬСЯ ЗУБЫ

- 1)+ молочные фронтальные зубы и первые моляры
- 2) все молочные зубы
- 3) только нижние центральные молочные резцы
- 4) молочные фронтальные зубы

285. ШИРОКАЯ УЗДЕЧКА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И ЕЁ НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ МОГУТ ПРИВЕСТИ К

- 1)+ диастеме
- 2) укорочению верхнего зубного ряда
- 3) сужению верхнего зубного ряда
- 4) сужению нижнего зубного ряда

286. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЗУБОВ ПРОИСХОДИТ ОСОБЕННО ИНТЕНСИВНО В ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ 2 лет
- 2) 6 месяцев
- 3) 1 года
- 4) 1 месяца

287. УМЕНЬШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ адентия
- 2) аплазия
- 3) гипоплазия
- 4) одонтоклазия

288. РОСТКОВАЯ ЗОНА КОРНЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ОЧАГ РАЗРЕЖЕНИЯ КОСТИ

- 1)+ ограниченный по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом
- 2) с четкими контурами у верхушки корня с широким каналом
- 3) с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом
- 4) с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с узким каналом

289. КОЛИЧЕСТВО И НАЗВАНИЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ У ПЕРВЫХ ВЕРХНИХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ

- 1)+ 3 - нёбный, передне-щечный, задне-щечный
- 2) 2- щечный, нёбный
- 3) 3- задний, передне-язычный, передне-щечный
- 4) 3 - нёбный, передне-язычный, задне-язычный

290. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СТАДИЙ СОСТОЯНИЯ КОРНЯ МОЛОЧНОГО ЗУБА ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ СТАДИИ

- 1)+ роста и формирования, стабилизации, резорбции
- 2) стабилизации, резорбции, роста и формирования
- 3) резорбции, роста, стабилизации, формирования
- 4) стабилизации, роста и формирования, резорбции

291. ОБЫЗВЕШТВЛЕНИЕ ЗАЧАТКОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ

- 1)+ с пятого месяца эмбрионального развития
- 2) после рождения
- 3) с восьмого месяца эмбрионального развития
- 4) со второго месяца эмбрионального развития

292. НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- 1)+ латерального положения центральных резцов, диастемы
- 2) ретенции центральных резцов верхней челюсти
- 3) транспозиции резцов
- 4) дистальной окклюзии

293. МЕЗЕНХИМА, ДАЮЩАЯ НАЧАЛО ЗУБНЫМ СОСОЧКАМ, НАЧИНАЕТ ВРАСТАТЬ В ЭМАЛЕВЫЙ ОРГАН БУДУЩЕГО МОЛОЧНОГО ЗУБА НА _____ НЕДЕЛЕ ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

- 1)+ 10
- 2) 6
- 3) 7
- 4) 4

294. СОСКУ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДО (В ГОДАХ)

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

295. К ПОРЯДКУ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ первый моляр, резцы, первый премоляр, клык, второй премоляр, второй моляр
- 2) первый моляр, резцы, клыки, второй моляр, премоляры
- 3) резцы, клыки, премоляры, моляры
- 4) резцы, первый моляр, первый премоляр, клык, второй премоляр, второй моляр

296. ГИСТОЛОГИЧЕСКИ В СТРУКТУРЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПУЛЬПЫ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ВЫДЕЛЯЮТ ПЕРИОДЫ

- 1)+ 3
- 2) 2
- 3) 1
- 4) 4

297. НАЛИЧИЕ ТРЕМ И ДИАСТЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- 1)+ 5-6
- 2) 2-3
- 3) 11-12
- 4) 14-15

298. ПЕРИОД НОВОРОЖДЁННОСТИ НАЧИНАЕТСЯ ОТ ПЕРВОГО ВДОХА РЕБЕНКА И ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- 1)+ четыре недели
- 2) восемь недель
- 3) одну неделю
- 4) три месяца

299. ВСЕ ВРЕМЕННЫЕ ЗУБЫ У РЕБЕНКА ДОЛЖНЫ ПРОРЕЗАТЬСЯ К

- 1)+ 2,5 – 3 годам
- 2) концу первого года
- 3) концу второго года
- 4) 6-7 годам

300. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ УЗДЕЧЕК ГУБ У ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЮТ ВОЗНИКНОВЕНИЮ

- 1)+ зубочелюстных аномалий
- 2) кариеса
- 3) эрозии зубов
- 4) гипоплазии эмали

301. НАИБОЛЬШАЯ ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ОТМЕЧАЕТСЯ В ОБЛАСТИ ЗУБА

- 1)+ пришеечной
- 2) режущего края
- 3) экватора
- 4) бугров

302. ПЕРИОД ГИСТОГЕНЕЗА ТКАНЕЙ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ НА _____ МЕСЯЦЕ ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

- 1)+ 4
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 1

303. ПРЕДДВЕРИЕ ПОЛОСТИ РТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК МЕЛКОЕ, ЕСЛИ ЕГО ГЛУБИНА СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЬШЕ (В ММ)

- 1)+ 5
- 2) 7
- 3) 9
- 4) 12

304. ИНФАНТИЛЬНЫЙ ТИП ГЛОТАНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ ВПОСЛЕДСТВИИ ПРИВЕСТИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ

- 1)+ зубочелюстных аномалий
- 2) кариеса
- 3) гингивита
- 4) гипоплазии эмали

305. СЛОЙ ПУЛЬПЫ, В КОТОРОМ РАСПОЛАГАЕТСЯ СПЛЕТЕНИЕ РАШКОВА, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ наружная зона промежуточного слоя пульпы
- 2) слой Вейля
- 3) центральный слой
- 4) периферический слой

306. С УВЕЛИЧЕНИЕМ ВОЗРАСТА РЕБЕНКА ТОЛЩИНА ДЕНТИНА ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА

- 1)+ увеличивается в результате функционирования одонтобластов
- 2) увеличивается в результате функционирования энамелобластов
- 3) не изменяется, т.к. одонтобласты после формирования коронки отсутствуют
- 4) увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии

307. РЕТИКУЛИНОВЫЕ ВОЛОКНА ПУЛЬПЫ И ПЕРИОДОНТА ОБРАЗОВАНЫ КОЛЛАГЕНОМ _____ ТИПА

- 1)+ 3
- 2) 4
- 3) 2
- 4) 1

308. ФОРМОЙ НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА В ПОСТОЯННОМ ПРИКУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ парабола
- 2) полукруг
- 3) трапеция
- 4) треугольник

309. ЧАСТЬЮ КОРНЕВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ анатомическое отверстие
- 2) свод
- 3) дно
- 4) рентгенологическая верхушка

310. НЁБНЫЕ БУГОРКИ ВЕРХНИХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ 3 ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА РАСПОЛАГАЮТСЯ _____ НИЖНИХ МОЛЯРОВ

- 1)+ в продольной фиссуре
- 2) на одном уровне с язычными бугорками
- 3) вестибулярнее щечных бугорков
- 4) на одном уровне с щечными бугорками

311. АНАТОМИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ НИЗКАЯ СТЕПЕНЬ _____ КОРНЕВОГО ДЕНТИНА

- 1)+ минерализации
- 2) регенерации
- 3) обтурации
- 4) пролиферации

312. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ ФИССУР ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 2-3
- 2) 0,5-1
- 3) 4-5
- 4) 7-8

313. ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К СМЕНЕ ЗУБОВ ПРОДОЛЖАЕТСЯ ОТ ____ ДО ____ ЛЕТ

- 1)+ 4; 6
- 2) 3; 4
- 3) 5; 8
- 4) 3; 9

314. К ПЕРИОДАМ АКТИВНОГО РОСТА ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ОТНОСЯТ

- 1)+ от рождения до 6 месяцев, от 3 до 4 лет, от 7 до 11 лет
- 2) от 6 месяцев до 8 месяцев, от 6 до 7 лет, от 12 до 14 лет
- 3) от рождения до 12 месяцев, от 5 до 6 лет, от 11 до 16 лет
- 4) от 1 года до 3 лет, от 7 до 9 лет, от 15 до 18 лет

315. ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

- 1)+ 6-1-2-4-3-5-7
- 2) 1-2-4-5-3-6-7
- 3) 6-1-2-5-3-4-7
- 4) 6-2-4-3-5-7

316. К КОНЦУ ПЕРВОГО ГОДА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДОЛЖНО ПРОРЕЗАТЬСЯ ЗУБОВ НЕ МЕНЕЕ

- 1)+ 8
- 2) 4
- 3) 6
- 4) 10

317. К ПОРЯДКУ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ резцы, первые моляры, клыки, вторые моляры
- 2) первые моляры, резцы, клыки, вторые моляры
- 3) резцы, клыки, первые моляры, вторые моляры
- 4) резцы, первые моляры, вторые моляры, клыки

318. МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ преждевременная потеря временных зубов
- 2) родовая травма
- 3) рахит
- 4) недоношенность

319. ДЛЯ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНЫ ТАКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАК

- 1)+ губчатое вещество преобладает над компактным, слабо минерализовано, хорошо васкуляризировано
- 2) компактный слой преобладает над губчатым веществом, которое хорошо минерализовано, слабо васкуляризировано
- 3) компактный слой преобладает над губчатым, слабо минерализован и васкуляризирован
- 4) губчатое вещество преобладает над компактным, хорошо минерализовано, слабо васкуляризировано

320. ПЕРЕЛОМ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ ДО 7 ЛЕТ

- 1)+ за счет находящихся в нем зачатков зубов
- 2) из-за полности "силовых" линий в данном участке
- 3) по причине типовой направленности удара
- 4) из-за распространенности аномалий прикуса

321. К ГРУППЕ ПЕРВИЧНО-КОСТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНЧС ОТНОСИТСЯ

- 1)+ аплазия сустава
- 2) юношеская дисфункция ВНЧС
- 3) острый артрит
- 4) привычный вывих

322. ВТОРЫЕ ВРЕМЕННЫЕ МОЛЯРЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 20-30
- 2) 6-8
- 3) 8-12
- 4) 16-20

323. НАИБОЛЕЕ МИНЕРАЛИЗОВАНЫ УЧАСТКИ ЭМАЛИ В ОБЛАСТИ

- 1)+ бугров и режущего края
- 2) шейки зуба
- 3) фиссур и ямок
- 4) контактных поверхностей

324. ПЕРИОД РОСТА ПУЛЬПЫ СООТВЕТСТВУЕТ ПЕРИОДУ

- 1)+ формирования корня
- 2) резорбции корня
- 3) первичной минерализации
- 4) стабилизации корня

325. ПРЕДДВЕРИЕ ПОЛОСТИ РТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ГЛУБОКОЕ, ЕСЛИ ЕГО ГЛУБИНА БОЛЕЕ ЧЕМ (В ММ)

- 1)+ 10
- 2) 8
- 3) 6
- 4) 5

326. С УВЕЛИЧЕНИЕМ ВОЗРАСТА РЕБЕНКА ТОЛЩИНА ЭМАЛИ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА

- 1)+ уменьшается в результате физиологического стирания
- 2) увеличивается в результате функционирования энамелобластов
- 3) не изменяется, т.к. энамелобласты после формирования коронки отсутствуют
- 4) увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии

327. КОРОТКАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К _____ ЗУБНОГО РЯДА

- 1)+ укорочению нижнего
- 2) укорочению верхнего
- 3) расширению нижнего
- 4) расширению верхнего

328. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПРЕМОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ

- 1)+ в 2,5 – 3,5 года
- 2) в конце внутриутробного периода
- 3) в первые недели после рождения
- 4) во втором полугодии после рождения

329. ПРЕДДВЕРИЕ ПОЛОСТИ РТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК СРЕДНЕЕ, ЕСЛИ ЕГО ГЛУБИНА НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ (В ММ)

- 1)+ 5-10
- 2) 10-12
- 3) 5-7
- 4) 7-9

330. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА ДЛЯ

- 1)+ аномалии положения зубов
- 2) кариеса зубов
- 3) гипоплазии эмали
- 4) гингивита

331. ФОРМОЙ ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПОСТОЯННОМ ПРИКУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ полуэллипс
- 2) полукруг
- 3) парабола
- 4) трапеция

332. ЗАДЕРЖКА СМЕНЫ ЗУБОВ ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК

- 1)+ персистенция
- 2) гиперодонтия
- 3) скученное положение
- 4) гиподонтия

333. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ

- 1)+ в первые недели после рождения
- 2) во втором полугодии после рождения
- 3) на втором году жизни
- 4) в 4-5 лет

334. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ЗОНЫ РОСТА НЕСФОРМИРОВАННОГО КОРНЯ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ ТО, ЧТО КОМПАКТНАЯ ПЛАСТИНКА _____ РОСТА

- 1)+ непрерывна, сливается с зоной
- 2) разволокнена, отделена от зоны
- 3) не сливается с зоной
- 4) прерывиста, отделена от зоны

335. ЗАКОНЫ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ МОЖНО СФОРМУЛИРОВАТЬ КАК

- 1)+ своевременность, парность, последовательность, симметричность
- 2) парность, болезненность, последовательность, асимметрия
- 3) симметричность, ретенция, полуретенция, болезненность
- 4) последовательность, безболезненность, несвоевременность

336. МАНДИБУЛЯРНОЕ ОТВЕРСТИЕ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 7-8 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНО

- 1)+ на уровне жевательной поверхности моляров нижней челюсти
- 2) выше уровня жевательной поверхности моляров нижней челюсти на 1 см
- 3) выше уровня жевательной поверхности моляров нижней челюсти на 2 см
- 4) ниже уровня жевательной поверхности моляров нижней челюсти

337. ЗАКЛАДКА ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ПРОИСХОДИТ НА

- 1)+ 17 неделе внутриутробного развития
- 2) первой неделе после рождения
- 3) 30 неделе внутриутробного развития
- 4) 2 неделе после рождения

338. ВРОЖДЕННЫЕ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ФОРМИРУЮТСЯ _____ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1)+ на 1 триместре
- 2) в 3 триместре
- 3) во 2 триместре
- 4) на последнем месяце

generated at geetest.ru

Table of Contents

Тема 1. Основные вопросы детской стоматологии.	2
Тема 2. Заболевания пародонта у детей.	61
Тема 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей. Заболевания губ и языка.	85
Тема 4. Кариес временных и постоянных зубов у детей.	120
Тема 5. Методы обследования в детской стоматологии.	154
Тема 6. Некариозные поражения и пороки развития твердых тканей зубов у детей.	174
Тема 7. Обезболивание в детской стоматологии.	203
Тема 8. Общественное здоровье и здравоохранение. Организация стоматологической помощи детям в РФ. Диспансеризация детей у стоматолога.	208
Тема 9. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей.	239
Тема 10. Пороки развития мягких тканей и слизистой оболочки рта.	256
Тема 11. Профилактика стоматологических заболеваний у детей и подростков.	259
Тема 12. Пульпит и периодонтит временных и постоянных зубов.	276
Тема 13. Развитие и возрастные особенности зубов и челюстей у детей.	320